Nr. 22. 31. maja 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Stefan LEŚNIOWSKI. Warszawa.

Zapalenie istoty szarej pnia mózgowego *(Polioencephalitis superior et inferior)* po szczepieniach przeciw wściekliźnie.

Z Kliniki neurologicznej Uniw. Warszaw.
Kierownik: Prof. K. Orzechowski.

Przypadek, który poniżej mam zamiar opisać, jest, jak sądzę na podstawie przeglądu piśmiennictwa, jedynym pewnym przypadkiem zapalenia mózgu po szczepieniach przeciwko wściekliźnie. Poza tem do ogłoszenia tego spostrzeżenia skłoniły mnie pewne przypuszczenia co do patogenezy schorzeń po szczepieniach pasteurowskich, które nasunęły mi się podczas studjów nad ostremi zapaleniami mózgu a w szczególności nad zapaleniem mózgu po szczepieniach krowianką.

K. Kazimierz, 18-letni uczeń [1]) przybył do Kliniki Neurologicznej dnia 7. IX. 1930. Podaje, że pochodzi z rodziny zdrowej, w pierwszem dzieciństwie przebywał odrę, krztusiec, płonicę, dur brzuszny, ospę wietrzną i hiszpankę z zapaleniem płuc, od 8 roku życia był zdrów. W dniu 31 lipca r. b. ukąsił go nieznany mu pies w łydkę lewą poprzez spodnie i skarpetkę, przyczem krwawienia nie było i chory dopiero nazajutrz zauważył, że na granicy środkowej i dolnej trzeciej części łydki lewej ma dwa strupki po ukąszeniu, które zresztą po paru dniach odpadły bez śladu. Pies, który ukąsił chorego, pokąsał jeszcze psa u znajomych, u których chory gościł wówczas i następnie uciekł z miasteczka. Pies pokąsany, według później zasięganych wiadomości, pozostaje zdrów. Ponieważ zachodziło podejrzenie, że chory został zakażony wścieklizną, więc zwrócił się do Zakładu Pasteurowskiego w Warszawie i w czasie od 3 do 24 sierpnia przyjmował szczepienia ochronne przeciw wściekliźnie (w sumie 20 wstrzyknięć). Samo leczenie znosił dobrze, również czuł się zdrów przez tydzień po ukończeniu tegoż. Alkoholu w tym czasie, ani przedtem, nigdy nie używał. Dopiero dnia 31 sierpnia, a więc w 7 dni po ostatniem wstrzyknięciu dostał silnego zawrotu i bólu głowy, który z niewielkiemi przerwami utrzymywał się około tygodnia. Ciepłota zrazu pozostawała prawidłowa; miejscowo w okolicy ukąszenia ani zaczerwienienia, ani bólów nie było. Po paru dniach przyłączyło się upośledzenie snu, wystąpiła przeczulica słuchowa tak, iż chorego raził nawet własny głos, raziło go światło: na skórze prawej połowy twarzy i na końcach palców pojawiało się zwłaszcza przy myciu uczucie niby prądu elektrycznego. 7-go dnia choroby stan się nagle pogorszył: wśród gorączki 38,5° pojawiły się kilkakrotnie wymioty, wystąpiło dwojenie w oczach i wzmożona senność, wobec czego przewieziono chorego do Kliniki.

Badanie nazajutrz po przyjęciu wykazało: chory leży z przymkniętemi oczami, gdy go rozbudzić odpowiada na pytania, jest przytomny, lecz pozostawiony sam sobie zaraz zapada w sen. Wzrost wysoki, w budowie ciała zaznaczone cechy eunuchoidalne. Ciepłota 38°, tętno 76 na minutę, miarowe. Narządy wewnętrzne bez zmian. Krew morfologicznie i mocz prawidłowe.

Psychicznie normalny. Neurologicznie: czaszka prawidłowa. Sztywności karku i objawu Kerniga niema. Źrenice, ostrość wzroku i dno oczu prawidłowe. Obustronne opadnięcie powiek miernego stopnia, więcej po prawej. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, chwilami zaznacza się lekki zez zbieżny gałki ocznej lewej. Uczucie zdrętwienia prawej połowy twarzy, śluzówki prawej połowy jamy ustnej oraz prawej połowy języka, bez zmian przedmiotowych czucia, ani smaku, jednak utrudniające choremu żucie pokarmów. Zaznaczony niedowład całego lewego nerwu twarzowego tak, iż chory nie domyka powiek. Ze strony kończyn brak objawów patologicznych, również nie stwierdzono zaburzeń czucia. Objaw Romberga dodatni, chód nieco chwiejny. Płyn mózgowo-rdzeniowy pod ciśnieniem 180 mm (według Claude'a w położeniu leżącem), przejrzysty, zawiera 8 ciałek w 1 mm³, zawartość białka prawidłowa, odczyny Nonne-Apelta i Bordet-Wassermanna ujemne, również ujemny Wassermann w surowicy krwi. Posiewy nie wykryły obecności drobnoustrojów w płynie mózgowo-rdzeniowym.

10. IX. 1930. Chory przytomny, śpi stale dniem i nocą. Ciepłota 38°, tętno 92 na minutę. Oprócz poprzednich objawów stwierdzono wybitny drobny poziomy oczopląs przy spoglądaniu na boki i objawy, być może popunkcyjne: lekką sztywność karku i dodatni objaw Kerniga. Pozostałe objawy bez zmiany.

11. IX. 1930 do 13. IX. 1930. Objawy neurologiczne te same, ciepłota waha się od 37,5 do 39,2°, tętno od 92—112 na minutę.

15. IX. 1930. Wczoraj wieczorem 39,4°, dziś zrana 38,3°. Tętno 104 na minutę, miarowe. Chory nadal śpi ciągle, budząc się tylko dla przyjęcia posiłków. Nie uskarża się już na bóle głowy i na przeczulicę wzrokową i słuchową. Inne objawy jak poprzednio.

W Klinice okres gorączkowy trwał 10 dni, przyczem gorączka wykazywała typ stały, o wahaniach nie przenoszących 1 stopnia, naogół utrzymywała się około 38°, dwukrotnie tylko pod koniec przekroczyła 39°. Następnie w ciągu dwóch dni ciepłota obniżyła się do normy i w dalszym przebiegu chory wykazywał stale stan bezgorączkowy.

22. IX. 1930. Ciepłota 36,6°. Chory znacznie rzeźwiejszy, w ciągu dnia prawie nie sypia, podwójne widzenie zmniejszyło się, tak, że chory przestał przymrużać oko. Wyraźny oczopląs poziomy przy patrzeniu na boki i zaznaczona skłonność do zbaczania gałek ocznych w stronę przeciwną przy spoglądaniu na prawo; podczas patrzenia ku górze oczopląs pionowy. Wynik próby cieplnej Barany'ego prawidłowy. Badanie szkłem czerwonem wykrywa lekki niedowład kilku mięśni gałkoruchowych. W uśmiechu niedowład całego lewego nerwu twarzowego, podczas ruchów mimicznych osłabienie tylko dolnej jego gałązki. Ruchy, siła, napięcie mięśniowe i zborność kończyn prawidłowe, odruchy ścięgnisto-okostnowe zachowane, brak objawów kurczowych. Chód prawidłowy, objaw Romberga ujemny. Nie stwierdza się już sztywności karku, bardzo słaby objaw Kerniga. Nieco wrażliwe przy uciskaniu oba nerwy strzałkowe. Nieznaczne osłabienie czucia dotykowego oraz ciepła, jeszcze słabsze zimna w prawej połowie twarzy, zresztą czucie powierzchniowe i głębokie prawidłowe.

28. IX. 1930. Stan bezgorączkowy. Samopoczucie dobre. Podwójne widzenie niestałe, tylko po zmęczeniu oczu np. czytaniem. Chory uskarża się nadal na zdrętwienie policzka prawego. Wrażliwości uciskowej nerwów strzałkowych nie stwierdza się.

W ciągu dalszych 4 tygodni stała poprawa, tak, że opuścił Klinikę dnia 25. X. 1930, wykazując jedynie dyskretny oczopląs podczas patrzenia na boki oraz lekki niedowład dolnej gałęzi lewego nerwu twarzowego. Następnie zgłaszał się parokrotnie celem badań kontrolnych. W dniu 12. XII. 1930 nie wykryto już nic patologicznego.

Streszczenie: 18 letni chłopiec został ukąszony w łydkę przez psa, co do wścieklizny którego zebraliśmy następnie dane raczej przeczące. Mimo to 4-go dnia po ukąszeniu rozpoczął szczepienia Pasteurowskie, które znosił dobrze i dopiero w tydzień po ich ukończeniu, zachorował wśród bólów i zawrotów głowy oraz przeczulicy wzrokowej, słuchowej i skórnej. Po paru dniach przyłączyły się wymioty, gorączka, podwójne widzenie, zdrętwienie prawej połowy twarzy, wzmożona senność i uczucie ciężkiego schorzenia przy zachowanej świadomości. Przedmiotowo stwierdzono: opadnięcie powiek, niedowład kilku mięśni gałkoruchowych, oczopląs, obniżenie czucia dotykowego oraz ciepła i zimna w prawej połowie twarzy, niedowład obwodowy lewego nerwu twarzowego i objaw Romberga, wreszcie nieznaczną wrażliwość uciskową obu nerwów strzałkowych. Po 10 dniach gorączka ustąpiła, parę dni później znikła również wzmożona senność. Dwojenie utrzymywało się około trzech tygodni, zdrętwienie prawego policzka i niedowład lewego nerwu twarzowego ustąpiły po upływie 6 tygodni, najdłużej bo około 3 miesiące trwał oczopląs.

Zatem mieliśmy do czynienia z zajęciem głównie istoty szarej pnia mózgowego na granicy śródmóżdża i międzymóżdża *(ptosis, diplopia, hypersomnia)* sięgającem w kierunku doogonowym ku mostowi *(paraesthesia i hypaesthesia trigemini dextri, paresis nervi facialis sinistri)*. Oczopląs i dodatni objaw Romberga można również tłumaczyć zajęciem pnia mózgowego. Za we-

---

[1]) Przypadek był przedstawiony w Warsz. Tow. Neurol. dnia 18-go października 1930, ref. w Revue Neurolog. t. II. Z. 6. 1930.

wnątrzmózgowem umiejscowieniem sprawy chorobowej obok charakteru jądrowego zaburzeń ze strony nerwów gałkoruchowych (niedowłady mięśni zewnątrzgałkowych z równoczesnem zaoszczędzeniem mięśni wewnątrzgałkowych) przemawia stanowczo oczopląs, przemijający niedowład spojrzenia i senność, którą w danym przypadku musimy ujmować jako objaw ogniskowy (zajęcie międzymóżdżowego ośrodka snu Mauthnera-Economa). Co do natury sprawy, to było nią niewątpliwie zapalenie, czego dowodzą z jednej strony gorączka i ciężkie objawy ogólne: bóle głowy, wymioty, powtóre stopniowy rozwój choroby oraz kolejne ustępowanie objawów w miarę ustania gorączki i ostateczne zejście pomyślne. Z pośród możliwości topograficzno-rozpoznawczych nasuwałoby się jedynie zapalenie wielonerwowe nerwów czaszkowych, na zasadzie jednak pewnych ośrodkowych objawów musimy je stanowczo odrzucić.

Związek czasowy między ową *polioencephalitis superior et inferior* i szczepieniami przeciw wściekliźnie w braku danych co do innych szkodliwości każe myśleć o związku przyczynowym i upoważnia do dodania określenia *post vaccinationem antirabieticam*. Schorzenia nerwowe po szczepieniach Pasteurowskich występują zazwyczaj pod koniec leczenia lub, jak w naszym przypadku, w ciągu pierwszego tygodnia po ukończeniu tegoż. Pelser na podstawie swej dotychczas najobszerniejszej statystyki (143 przypadki) podaje, że większość chorych zapada w drugiej połowie leczenia, najpóźniej do 7 dni po ukończeniu szczepień i zazwyczaj między 15—30 dniem po ukąszeniu.

Schorzenia po szczepieniach przeciw wściekliźnie są naogół zjawiskiem nieczęstem. Według zestawień Remlingera zdarzają się one w 08%, Babes podaje ich częstość na 1,3%, Simon na 0,48%, Pelser na 0,77%. Zestawieniami temi są objęte niemal wyłącznie przypadki ciężkie, wymagające pomieszczenia w szpitalach, to też większość autorów, zajmujących się sprawą porażeń poszczepionkowych, podkreśla zgodnie, że liczba tych powikłań jest znacznie większa i że postaci mononeurytyczne, najczęściej w postaci niedowładu nerwu twarzowego, często zestają przeoczane.Z tego też powodu Simon, grupując odnośny materjał kliniczny, uważa za najczęstsze niedowłady nerwu twarzowego, następnie co do częstości idą zajęcia poprzeczne rdzenia, porażenia wstępujące Landry'ego i porażenia rozsiane. Według Wł. Sterlinga najczęściej spotykana postać odpowiada *myelitis lumbodorsalis* z wybitnem zajęciem opon i ewentualnem przejściem na szyjny odcinek rdzenia oraz niezmiernie częstem zajęciem obu nerwów twarzowych. Jako rzadsze wymienia postać opuszkową wielonerwową i postaci poronne (porażenie nerwów twarzowych i okoruchowych). Wreszcie Pelser za najczęstszą, bo zdarzającą się w 57%, podaje paraparezę wzgl. paraplegję, z kolei w 29% spotyka się porażenie wstępujące, w 12% zapalenie wielonerwowe i w 2% zaburzenia psychiczne. Zgadza się to naogół z danemi piśmiennictwa naszego, w którem najczęściej notowano porażenia kończyn dolnych z zaburzeniami czucia oraz czynności zwieraczy (dwa przypadki Wacława Orłowskiego, po jednym Palmirskiego i Karłowskiego, Starkiewicza, po 2 przypadki Nitscha, Wł. Sterlinga, Higiera jun., jeden Stępienia i 5 przypadków Meisel'a). W obu przypadkch Sterlinga *paraplegia inferior* była powikłana zajęciem obustronnem nerwów twarzowych. Znacznie rzadziej zdarzają się schorzenia o typie poli- lub mononeurytycznym (4 przypadki Meisela) oraz porażenia wstępującego Landry'ego (Higier senj., Goldberg i Oczesalski, Meisel).

Jak z tego widzimy, zestawienia Simona, Wł. Sterlinga i Pelsera nie wspominają o zapaleniach mózgu lub istoty szarej pnia mózgowego, nie znalazłem też o niem wzmianki nigdzie w dostępnem mi piśmiennictwie. Sądząc z opisu obrazu klinicznego, przypadek Sabarthez'a z roku 1891 mógłby się zbliżać do naszego. W tym przypadku u 42-letniego mężczyzny, pokąsanego przez psa, wściekliznę którego autor wyłącza niemal z pewnością, przeprowadzono szczepienia ochronne i na 3 dzień po ich ukończeniu wśród ogólnego osłabienia wystąpił niedowład warg (chory nie mógł utrzymać w ustach papierosa), a w ciągu dalszych trzech dni rozwinął się obraz ciężkiego schorzenia: silny ból głowy, bezsenność, w ciągu której krótkie chwile snu były przerywane straszliwemi widziadłami sennemi, ciepłota 37°, tętno 58. Ze strony neurologicznej światłowstręt, zwężenie źrenic, podwójne widzenie w następstwie niedowładu obu nerwów odwodzących, więcej lewego, niedowład obu nerwów twarzowych, najsilniej wyrażony w zakresie gałęzi dolnej (chory nie może wymawiać dźwięków wargowych), bóle w stawach żuchwy oraz lekki szczękościsk i uczucie opasywania w nadbrzuszu. Nie spostrzegano wogóle hydro- ani aerofobji. W dalszym przebiegu stopniowe cofanie się objawów, zrazu ogólnych, następnie również neurologicznych, z pośród których najdłużej utrzymywało się podwójne widzenie. W okresie poprawy występowały przelotnie bóle w szczękach, promieniujące do ucha. Sabarthez umiejscawia sprawę chorobową w okolicy jąder twarzowych i odwodzących i nie zajmując się charakterem samego procesu polemizuje z Pasteurem, który niefortunnie ocenił przypadek jako *„l'hysterie robiforme"*. Podobnie nie zajmuje się istotą procesu chorobowego Jochweds, który niedawno ogłosił z Kliniki Wewnętrznej II Uniw. Warsz. przypadek, zbliżony do naszego. Mianowicie 48-letni mężczyzna został pokąsany przez notorycznie wściekłego psa (Negri +), otrzymywał szczepienia ochronne i po 17 wstrzyknięciach (25 dni od ukąszenia) nagle zachorował wśród duszności, gorączki, przyćmienia świadomości i podniecenia. Po 3 dniach, gdy świadomość się poprawiła, wystąpiły bóle w całej prawie połowie ciała, zawroty głowy, niedowład mięśnia prostego dolnego oka lewego, niedosłyszenie na ucho prawe, niedowład całego nerwu twarzowego prawego, utrudnienie mowy, dodatni objaw Romberga i mijanie na prawo. Płyn mózgowo-rdzeniowy zupełnie prawidłowy, za wyjątkiem wzmożenia ciśnienia. Szczepienie płynu mózgowo-rdzeniowego i śliny podoponowo królikom dało wynik ujemny co do wścieklizny. Po dwóch tygodniach objawy nerwowe cofnęły się, pozostawiając lekki niedowład gałęzi dolnej prawego nerwu twarzowego i niechęć do pracy oraz apatję.

Zarówno w przypadku Sabarthez'a jak i Jochwedsa chodziło klinicznie prawdopodobnie o zapalenie istoty szarej pnia mózgu. Wskazywałyby na to z jednej strony ciężkie objawy ogólne i mózgowe: gorączka, osłabienie, bóle i zawroty głowy, zaburzenia świadomości, z drugiej zaburzenia ze strony nerwów czaszkowych, prawdopodobnie zależne od jąder pnia mózgowego oraz zaburzenia snu. Zestawienie naszego przypadku z przypadkami Sabarthez'a i Jochwedsa doprowadza nas do przyjęcia odrębnej postaci schorzeń porażnych poszczepionkowych, dotychczas nie notowanej, a mianowicie *polioencephalitis trunci (superior et inferior)*. Postać ta, podobnie jak i inne, pojawia się pod koniec szczepień Pasteurowskich lub w pierwszym tygodniu po ich ukończeniu (wśród leczenia u Jochwedsa, w 3 dni po ukończeniu u Sabartheza i w 7 dni w naszym przypadku). Cierpienie rozpoczyna się od objawów ogólnych: bóle i zawroty głowy, osłabienie, gorączka, wymioty, niekiedy ogólna przeczulica (w naszym przypadku) i światłowstręt u Sabartheza, lub zaburzenia świadomości (u Jochwedsa). Po paru dniach przyłączają się zaburzenia ze strony nerwów okoruchowych (nasz przypadek i Jochwedsa), odwodzących (Sabartheza) i twarzowych (wszystkie 3 przypadki, z tem, że u Sabartheza zajęte były oba nerwy twarzowe, w pozostałych tylko jeden), oraz dotknięte były nerw trójdzielny w naszym przypadku i u Sabartheza oraz nerw ślimakowy u Jochwedsa. Oprócz tego w naszym przypadku był oczopląs i przelotne porażenie spojrzenia na prawo oraz dodatni Romberg, w przypadku zaś Jochwedsa oprócz objawu Romberga jeszcze zataczanie się i mijanie na prawo. Wreszcie wszystkie 3 przypadki wykazują zaburzenia snu, bądź w postaci wzmożonej senności w naszym przypadku, bądź też bezsenności w pozostałych. W żadnym z 3 przypadków nie notowano zaburzeń ze strony źrenic (prócz zwężenia u Sabartheza), ostrości wzroku i pola widzenia, nie stwierdzano również zmian w obrazie wziernikowym. Ze strony kończyn nie stwierdza się w tej postaci nic bardziej godnego uwagi: siła i napięcie mięśniowe oraz odruchy ścięgnisto-okostnowo były prawidłowe, w żadnym przypadku nie udało się wykazać objawów kurczowych. Czucie nie wykazuje zmian przedmiotowych, jedynie w przypadku Sabartheza istniało uczucie opasywania, u Jochwedsa bóle w całej prawej połowie ciała, u nas wreszcie nieco bolesności nerwów strzałkowych na ucisk. Nakłucie lędźwiowe w przypadkach Jochwedsa i naszym nie wykazało zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym, w przeciwieństwie do przypadków z poprzecznem zajęciem rdzenia, gdzie zazwyczaj stwierdzano umiarkowaną limfocytozę (Sterling, Higier jun., Stępień, Fedorowa). Zatem w przypadkach *polioencephalitis* nie mamy do czynienia z wybitniejszem zajęciem opon, czem być może tłumaczy się brak objawów wyraźnych podrażnieniowych ze strony kory mózgowej. Przebieg zapalenia istoty szarej pnia mózgu był w tych przypadkach ostry lub podostry, trwał od 2—6 tygodni. Rokowanie we wszystkich 3 przypadkach było pomyślne, wszędzie choroba zakończyła się całkowitem wyzdrowieniem bez pozostałości ubytkowych. Jeden jeszcze szczegół zasługuje na uwagę, mianowicie, że w żadnym z omawianych przypadków nie notowano szkodliwości usposabiających (nadużycie alkoholu, przemęczenie, przeziębienie, neurastenja i t. p.), przeto musimy przyjąć, że jedynym bodźcem, wywołującym schorzenie były właśnie szczepienia przeciw wściekliźnie.

* * *

Patogenezę porażeń po szczepieniach przeciw wściekliźnie usiłuje wyjaśnić szereg hipotez, które możemy podzielić na 3 grupy. Pierwsza, zwolennikami której są Pasteur, Koch J., Higier senj., Fedorowa i kilku innych autorów, przyjmuje, że porażenia poszczepionkowe są tylko przejawem zadziałania zarazka ulicznego, osłabionego w następstwie szczepień, w wyjątkowych przypadkach mogą one zależeć od zarazka ustalonego *(virus fixe)* (Koch J., Jochmann). Grupa druga (Babes, Puscariu, Remlinger) sądzi, że schorzenia spowodowane są przez toksynę zawartą w zarazku ustalonym. Wreszcie grupa trzecia (Müller, Marinesco, Adolf, Kraus, Schweinburg i Koritschoner) uzależnia powstawanie porażeń od cytolitycznego działania tkanki nerwowej, wprowadzanej podczas szczepienia. Już sama mnogość tych hipotez wskazuje, że żadna z nich nie jest zdolna wyjaśnić wszystkich przypadków. Hipotezie Pasteura-Kocha można zarzucić, że porażenia występują po szczepieniach ochronnych nieraz u ludzi pokąsanych przez zdrowe zwierzęta lub zgoła niepokąsanych; przeciw zaś poglądowi Jochmanna przemawia doświadczenie Nitscha, który bez szkody wstrzyknął sobie podskórnie pół cm^3 świeżego rdzenia, pochodzącego z królika, padłego na zakażenie zarazkiem ustalonym. Hipoteza Babesa rozbija się o fakt, że nikt nie był w stanie dotychczas wykazać toksyny wścieklizny. Wreszcie przeciw poglądowi Müllera-Kraus'a przemawiają fakty leczenia padaczkowców szczepionką przeciwwściekliznową; podczas tego leczenia wstrzykiwano o wiele większe ilości tkanki nerwowej, aniżeli przy szczepieniach ochronnych, a przecież porażeń nie spostrzegano. Takie same wyniki dały doświadczenia Altera, który bez szkody wstrzykiwał paralitykom 20,0—50.0 tkanki mózgowej. Szczegółowo omówił poszczególne hipotezy i argumenty przemawiające za i przeciw każdej z nich Higier jun. w pracy z Kliniki naszej, przeto nie będę się dłużej nad niemi zatrzymywał, natomiast pragnę podkreślić inne fakty.

Podobnie jak nie znamy zachowawczych metod leczenia, któreby nigdy nie zawodziły i w 100% były wieńczone pomyślnym wynikiem, tak samo i szczepienia ochronne przeciw wściekliźnie niekiedy zawodzą. Według Nitscha śmiertelność osób szczepionych w Zakładzie Warszawskim (od r. 1886—1911) wynosiła 0,36%, w Paryżu — 0,60%. W pruskich Zakładach Pasteurowskich śmiertelność sięgała 0.86% (Kolle i Hetsch). Owa nieskuteczność szczepień ochronnych zależy być może od szczególnie ciężkich obrażeń, lub też od okoliczności, że dany osobnik wogóle nie jest zdolny do wytwarzania swoistych przeciwciał. Pewną część przypadków schorzeń poszczepionkowych należy przeto ujmować poprostu jako zmodyfikowaną przez wstrzykiwania ochronne wściekliznę. Zwłaszcza przypadki porażenia wstępującego Landry'ego, przebiegające ostro i bardzo często kończące się śmiertelnie, tem bardziej, że częstokroć notowano w obrazie klinicznym klasyczne objawy wścieklizny (hydro i aerofobję, ślinotok i t. p.) przedstawiają niezawodnie atypowe postacie tej choroby. (Higier senj., Kożewałow, Fedorowa, Bassoe i Grinker). Z drugiej strony obok zwykłej wścieklizny podnieceniowej zdarza się również u ludzi wścieklizna porażenna, nawet nie tak wyjątkowo, jak się to naogół przyjmuje, gdyż Kroll na 19 przypadków nieszczepionej wścieklizny spostrzegał ją w trzech i to właśnie w postaci porażenia Landry'ego. Z tem zapatrywaniem zgadzają się wyniki próby biologicznej, które właśnie w przypadkach porażenia wstępującego bardzo często bywają dodatnie (van Gehuchten, Higier senj., Kożewałow, Fedorowa) i olbrzymia (50% Pelser), śmiertelność w przypadkach porażenia Landry'ego, gdy we wszystkich pozostałych postaciach wynosi ona zaledwie 3,4%. Pelser zwraca też uwagę, że przyczyny śmierci w przypadkach ostrych należy doszukiwać się w porażeniu ośrodka oddechowego (analogicznie do wścieklizny), w przypadkach natomiast przewlekłych jest nią zazwyczaj ogólne zakażenie z zapalenia dróg moczowych i odleżyn. Wreszcie poparcie tego poglądu znajdujemy w badaniach histopatologicznych. W przypadkach ostrego porażenia wstępującego stwierdzano w rozmaitych odcinkach ośrodkowego układu nerwowego liczne rozsiane nacieki dokołanaczyniowe głównie istoty szarej, jak też *nodules rabiques* Babesa obok chromatolizy, zaniku barwikowego i zwyrodnienia szklistego oraz ziarnistego komórek nerwowych (Higier senj.). Zmiany te są identyczne ze spotykanemi w prawdziwej wściekliźnie, której obraz zdaniem Schükri'ego i Spatz'a, znamionuje współistnienie niezależnych od siebie zmian zapalnych i zwyrodnieniowych, rozsianych po całym układzie nerwowym, jednak najwybitniej wyrażonych w zakresie śródmóżdża (istota czarna Semmeringa). Natomiast w przypadkach paraplegji znajdowano nieswoistą *myelitis transversa* z wydatnem zajęciem opon, zazwyczaj ograniczającą się do grzbietowo-lędźwiowego odcinka rdzenia, rzadziej zajmującą również odcinek szyjny, badanie zaś pnia mózgowego i półkul, poszukiwanie zmian właściwych wściekliźnie z reguły dawało wynik ujemny (Adolf). *Przeto owe ostro przebiegające cierpienia „poszczepionkowe", przeważnie w postaci porażenia wstępującego Landry'ego, kończące się w połowie przypadków śmiercią, dające dodatnie wyniki próby biologicznej i obrazy sekcyjne prawdziwej wścieklizny należy uważać za istotną wściekliznę i raz na zawsze wyłączyć z grupy prawdziwych schorzeń poszczepionkowych* z wybitnie pomyślnem rokowaniem. W patogenezie tych ostatnich nie wchodzi w grę zakażenie zarazkiem ulicznym, ani ustalonym, ani też zatrucie hipotetyczną toksyną, również na słabych podstawach oparta jest teorja cytotoksyczna, natomiast powstawanie schorzeń nerwowych poszczepiennych jest związane z innemi czynnikami chorobotwórczemi.

Zanim przystąpię do omówienia własnego poglądu w tej sprawie, pragnę wprzód zatrzymać się na spostrzeganych w ostatnim dziesiątku lat przypadkach zapalenia mózgu po szczepieniach Jennerowskich. Pojedyńcze przypadki znane były oddawna (1902 Bouwdyk-Bastiaanse, 1905 Comby, 1912 Turnbull i Mac Intosh), aczkolwiek nie oceniano ich należycie i być może, rozmyślnie nie ogłaszano. Dopiero przed paru laty spostrzegali je w postaci epidemji niemal równocześnie Luksch w Pradze Czeskiej (1924) i Bouwdyk-Bastiaanse w Hadze (1925). Następnie masowo pojawiły się doniesienia o licznych przypadkach w Anglji, Holandji i Niemczech, oraz o poszczególnych we Francji, Grecji, Polsce (Mikułowski, Bogdanowicz). Zapalenie mózgu poszczepionkowe, lub według mianownictwa Ecksteina nerwowe schorzenia w związku ze szczepieniem ospy występują ostro zazwyczaj 10—12 dnia po szczepieniu, mają przebieg burzliwy, w 40—50% śmiertelny. Reszta dzieci całkowicie powraca do zdrowia, zaledwie w nieznacznym odsetku (17,5% Eckstein, 4% Krauze) pozostają objawy ubytkowe, nerwowe i psychiczne. Co do tej *encephalitis postvaccinalis* to Bouwdyk-Bastiaanse i Prakken zrazu sądzili, że użyta do szczepień krowianka została zanieczyszczona zarazkiem nagminnego zapalenia mózgu. Gdy się jednak okazało, że krowianka była jałowa, a mimo to szczepienia w dalszym ciągu wikłały się zapaleniem mózgu, wówczas rozpoczęły się gorączkowe poszukiwania pracowniane i doświadczalne, które doprowadziły do wniosku, że *encephalitis post vaccinationem* nie jest zależna od zarazka krowianki. Przeszczepianie tkanki mózgowej osób, zmarłych z powodu *encephalitis postvaccinalis* na zwierzęta dawało z reguły wyniki ujemne (wyjątek stanowią próby Hasselt'a), Levaditi zaś, Nicolau i de Sanchis Bayarri, szczepiąc śródmózgowo szympansom szczepionkę ospową, nie otrzymywali zapalenia mózgu, lecz tylko zmiany miejscowe *(pustula cerebralis)*. Przeto dzisiaj stoimy na gruncie, że szczepienie krowianką nie powoduje samo przez się schorzeń nerwowych poszczepionkowych, lecz sprzyja uczynnieniu utajonych w ustroju zarazków neurotropowych. Prześledzenie rozwoju zagadnienia patogenezy *encephalitis post vaccinationem* jest jeszcze jednym dowodem, jak trudne są badania nad zakażeniem w układzie nerwowym i jak niezmiernie łatwo dojść do błędnych wyników. Przypomnijmy sobie głośne swego czasu wykazanie zmian, jakoby swoistych, w mózgach królików, szczepionych materjałem z mózgów metaluetyków. Przy badaniach kontrolnych (Goodpasture, Levaditi, Pette i inni) okazało się, że zmiany te były następstwem zakażenia *encephalitozoon cuniculi*, tworu zbliżonego do krętka bladego, który sam przez się nie jest chorobotwórczy dla królików, lecz staje się czynnym po szczepieniu materjałem swoistym, w następstwie czego rozwija się proces zapalny mózgowia (tak zw. *Spontanencephalitis* królików). Tutaj więc wstrzyknięcie zawiesiny mózgu metaluetyka, spowodowało w wyniku zapalenie mózgu na zupełnie innem tle. Analogiczny pogląd wypowiada Stern, pisząc o patogenezie nagminnego, zapalenia mózgu. Zwraca on uwagę na niezwykle częstą koincydencję pewnych epidemij grypy i zapalenia mózgu, z czego wysnuwa wniosek, że pomiędzy obydwoma cierpieniami musi istnieć jakiś związek pośredni w tem znaczeniu, że przebyte zakażenie grypowe przydaje zjadliwości dotychczas nieszkodliwemu zarazkowi zapalenia mózgu, podobnie jak to czyni niekiedy z wielu innemi drobnoustrojami, np. dwoinkami zapalenia płuc, paciorkowcami i t. d. Te zapatrywania na konieczność szkodliwości dodatkowych w zakażeniach układu nerwowego wydają się w znacznej mierze słuszne, wobec tego, że mimo niezmiernego rozpowszechnienia zarazków tak rzadko dochodzi do wybuchu zapalenia mózgu.

Część autorów (Keller, Mikułowski) sądzi, że krowianka powoduje zmianę stanu alergicznego ustroju w sensie paralergji (Moro) i owo zachwianie przejściowe sił obronnych ustroju umożliwia znajdującemu się w ustroju i nieszkodliwie pasorzytującemu wzgl. przelotnemu zarazkowi czynność zaczepną

wobec tkanki, w której szczególnie żywo się pleni. Co do natury owego zarazka neurotropowego pozostajemy obecnie wciąż jeszcze w sferze przypuszczeń. Część autorów (Levaditi, Mikułowski, Ljungdahl, Uriess) przyjmuje, że jest to zarazek *encephalitidis epidemicae*, czemu zaprzeczają głównie Baumann i Bok na podstawie badań histopatologicznych. Jermułowicz przyjmuje w swoich przypadkach zarazek *poliomyelitis acuta*. Znaczna część autorów, zgadzając się z poglądem niezależności *encephalitis postvaccinalis* od zarazka krowianki, przyjmuje uczynnienie innego jeszcze nieznanego zarazka.

Śledząc za rozwojem poglądów na patogenezę schorzeń układu nerwowego po szczepieniach Jennerowskich i Pasteurowskich dziwnem się wydaje, czemu w tych ostatnich dotychczas nie zdołano wyłączyć całkowicie z rozważań działania zarazka wścieklizny. Bezwątpienia wyjaśnienie znajduje się w okoliczności, że pewną część spostrzeżeń, nawet przez samych autorów uważanych za nietypową wściekliznę, uporczywie przenoszono z jednej pracy do drugiej, zamiast po ich wyłączeniu zwęzić pole poszukiwań i już niezależnie od zarazka wścieklizny rozważać możliwości chorobotwórcze. Po dokonaniu tej selekcji staje się dopuszczalną analogja do *encephalitis post vaccinalis*. Przecież w schorzeniach po szczepieniach przeciw wściekliźnie może również zachodzić zmiana stanu alergicznego ustroju. Wprowadzenie pozajelitowe zawiesiny wściekliznowych rdzeni króliczych wywołuje tworzenie się przeciwciał wścieklizny, obok tego jednak może powstać osłabienie zdolności obronnych ustroju naskutek czego utajone zarazki neutropowe zaczynają się rozwijać, powodując schorzenia nerwowe.

Od roku 1917 spostrzegano w całej Europie nagminne występowanie śpiączkowego zapalenia mózgu, a po wygaśnięciu tej epidemji widzimy wzmożenie częstości rozmaitych ostrych zapaleń ośrodkowego układu nerwowego. W rozmaitych krajach notowano niezwykle częste występowanie rozsianego zapalenia mózgu i rdzenia *(encephalomyelitis disseminata)*. W postaci niewielkich epidemij spostrzegali to cierpienie Redlich w Wiedniu w latach 1925—1926, Pette w Hamburgu w 1926—1927, Flatau w Warszawie w 1928—1929, Stiefler i Gamper w Insbruku w 1929—1930. Równocześnie zwiększyła się znacznie ilość powikłań nerwowych, głównie jako zapalenia mózgu i rdzenia po chorobach zakaźnych u dzieci, po odrze, krztuścu i ospówce. Otóż będzie godnem uwagi, że w wiedeńskim Zakładzie Pasteurowskim w okresie od roku 1894 do 1914 na 7631 osób, szczepionych metodą pasteurowską nie spostrzegano zupełnie porażeń poszczepiennych, natomiast od roku 1915 do 1923 przy szczepieniu tym samym zarazkiem 6764 osób zanotowano ich aż 39 (Koritschoner i Schweinburg). Jeśli nawet uwzględnimy inne możliwe czynniki (cięższe przypadki, stosowanie świeższych rdzeni, ogólne wyniszczenie przez wojnę i t. p.) równoległość większej częstotliwości schorzeń poszczepionkowych i epidemij śpiączkowego zapalenia mózgu jest uderzająca. Ponieważ nie znamy dotychczas zarazka *encephalitidis lethargicae*, więc stoimy wobec ogromnych trudności, gdy poglądy co do etjologji zapalenia mózgu krowiankowego mamy spróbować przenieść na etjologję zapaleń po szczepieniach pasteurowskich, wszak jest to próba rozwiązania równania z dwoma niewiadomemi. Mimo to próba analogji z zapaleniem mózgu po szczepieniach ospy wydaje się dopuszczalną i można wyrazić przypuszczenie, iż w pewnych przypadkach schorzenia po szczepieniach przeciw wściekliźnie są spowodowane przez zarazek śpiączkowego zapalenia mózgu wzgl. przez jakiś inny bliżej nieznany zarazek, należący do tej samej grupy (Redlich, Levaditi, Pette, Syllaba i inni), np. zarazek ostrego zapalenia rogów przednich (jak w przypadku Jormułowicza po szczepieniu krowianką).

Streszczając wyżej powiedziane, możemy wysnuć wnioski następujące:

1) Wśród różnych postaci klinicznych schorzeń po szczepieniach przeciw wściekliźnie spostrzegamy dotychczas nienotowane zapalenie istoty szarej pnia mózgu, występujące nierzadko o rokowaniu pomyślnem.

2) Z pośród dotychczasowej kazuistyki część przypadków i to głównie te, które przebiegały pod postacią ostrego porażenia wstępującego Landry'ego, należy uważać za wściekliznę nietypową porażenną i przez to samo wyłączyć je z grupy schorzeń w ścisłem słowa znaczeniu poszczepiennych.

3) W innych przypadkach przyczyny schorzeń można się doszukiwać w uczynnieniu utajonych zarazków neurotropowych (między innemi zarazka śpiączkowego zapalenia mózgu), która została umożliwiona przez zachwianie sił obronnych ustroju w następstwie szczepień.

Piśmiennictwo:

1) Pelsor: Zentrbl. f. d. g. N. u. Ps. t. 22. 1920. — 2) Sterling Wł.: Neurol. Polska 1913. — 3) Higier H.: Medycyna 1912. — 4) Higier St.: Pol. Gaz. Lek. 1925. — 5) Stępień Br.: Pam. Szp. Dz. Jezus, 1926 (pos. 7. II. 1926). — 6) Meisel: Pol. Gaz. Lek. 1926. — 7) Sabarthez: Gazétte des Hopitaux 1891. — 8) Jochweds: Warsz. Czas. Lek. 1924. — 9) Nitsch: Medycyna 1904. — 10) Nitsch: Szczepionki i surowice t. I. 1921. — 11) Kolle-Hetsch: Bakteriologie t. II. 1919. — 12) Fedoroff: Zeitschr. f. d. g. N. u. Ps. t. 100. 1926. — 13) Kroll: Zeitschr. f. d. g. N. u. Ps. t. 114. 1928. — 14) Schückri i Spatz: Zeitschr. f. d. g. N. u. Ps. t. 98. 1925. — 15) Adolf: Jahrbücher f. Ps. u. N. t. 43. 1924. — 16) Jochmann: Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde t. 47. 1913. — 17) Pagniez: La Presse Médical 1930. — 18) Krauze: Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, t. 114. 1930. — 19) Boumann i Bok: Zeitschr. f. d. g. N. u. Ps. t. 111. 1927. — 20) Mikułowski: Pol. Gaz. Lek. 1927. — 21) Jermułowicz: Warsz. Tow. Neurol. 16. XI. 1929. ref. w Rev. Neur. t. I. z. I. 1930. — 22) Keller: ref. Zentralblatt f. d. g. N. u. Ps. t. 52. 1929. — 23) Jungdahl: ref. tamże. 24) Vries: ref. tamże. — 25) Prakken: ref. w Zentrbl. f. d. g. N. u. Ps. t. 41. 1925. — 26) Bouwdyk-Bastiaanse: ref. tamże. — 27) Levaditi: Ectodermoses Neurotropes 1922. — 28) Stern: Die Epidemische Encephalitis. 1922. — 29) Redlich: Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. t. 110. — 30) Pette: tamże. — 31) Syllaba: według Handbuch d. pathog. Mikroorganismen t. 8. str. 752. 1929. — 32) Bassoe i Grinker: ref. w Zentralblatt f. d. g. N. u. Ps. t. 58. 1931.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Edward EHRENPREIS, lekarz zdrojowy. Krynica.

Znaczenie zapobiegania i wczesnego rozpoznania cukrzycy w praktyce.

Mimo nadzwyczajnych postępów, jakie nauka o cukrzycy w ostatnich latach zrobiła, spotykamy w praktyce jeszcze często przypadki zupełnie nieleczone lub zaniedbane, albo w najlepszym razie takie, w których ograniczono się do usunięcia cukru z codziennego pożywienia, a w sferach zamożniejszych cukrzycowych do odbycia 3—4 tygodniowego leczenia w zdrojowisku.

Tylko stosunkowo mała ilość chorych poddaje się należytemu leczeniu od pojawienia się pierwszych objawów choroby, tak, że przeważnie mija pierwszy dla późniejszego przebiegu cukrzycy najważniejszy okres bez leczenia i to nie tyle z winy chorych, ile z powodu lekceważenia tego okresu przez lekarzy.

Joslin (Boston) wykazał na podstawie zestawienia, że gdyby w ostatniem dziesięcioleciu leczono wszystkich cukrzycowych Stanów Zjednoczonych Ameryki należycie od wystąpienia u nich pierwszych objawów choroby aż do śmierci, uzyskanoby przez ten czas dla nich dwa miljony lat życia. Nie mamy wprawdzie dla Europy podobnych obliczeń, ponieważ jednak zasady leczenia są u nas mniej więcej te same jak w Ameryce, to z zastrzeżeniem wartości dat statystycznych wogóle, możemy przyjąć, że w Europie stosunki te nie były korzystniejsze.

Jeżeli więc w niniejszym artykule zamierzam mówić o zapobieganiu i wczesnem rozpoznaniu cukrzycy, to nie podaję nic nowego, doszedłem jednak do przekonania, że lekceważenie wczesnego jej okresu może być tylko spowodowane nieświadomością jego znaczenia dla późniejszego przebiegu cukrzycy. Ponadto panuje też fałszywe zapatrywanie, że o ile skutecznie możemy leczyć rozwiniętą już chorobę, to nie jesteśmy w stanie ani przeszkodzić jej rozwojowi, ani wstrzymać choćby powolnego jej postępu. To jest też przyczyną, że w praktyce leczenie cukrzycy rozpoczyna się zwykle dopiero wtedy, kiedy chory odczuwa już pewne dolegliwości lub wystąpią wyraźne objawy zewnętrzne. Naszem zadaniem jest jednak nietylko leczyć już rozwiniętą chorobę, ale o ile możności nie dopuścić do jej rozwoju lub szybkiego powstania, a cukrzyca należy właśnie do tych cierpień, w których zadanie to spełnić możemy. Ona nie wybucha przecież nagle, ale jak każdą chorobę przewlekłą poprzedza ją zwykle okres, w przebiegu którego w ustroju wytwarzają się z pewnych powodów takie zaburzenia w przemianie materji, że ostatecznie przychodzi do jej powstania. Wczesne więc stworzenie jaknajkorzystniejszych warunków dla tej sprawy w ustroju osób, o których wiemy z doświadczenia, że mogą mieć wrodzoną lub nabytą skłonność do cukrzycy i jaknajwcześniejsze stwierdzenie pierwszych jej obja-

wów są też najważniejszemi środkami zapobiegawczemi. Do tego samego celu zmierza w praktyce zastosowanie takiego żywienia i innych wskazań, któreby bez szkody dla ogólnego stanu odnośnych osób oszczędzały, a temsamem wzmacniały wkrewną czynność trzustki, gdyż tylko od jej sprawności zależy utrzymanie równowagi w cukrowej przemianie materji.

Nie ulega wątpliwości, że w szeregu przyczyn powstania cukrzycy wielką rolę odgrywa dziedziczność, czyli że znaczna część cukrzycowych rodzi się już ze skłonnością do późniejszej choroby, polegającą jak wiemy na osłabieniu i małej wytrzymałości wysepek trzustki, a czy cukrzyca u nich wogóle wystąpi względnie czy wcześniej lub później, to zależy od stopnia tej wytrzymałości i wielu jeszcze czynników zewnętrznych. Im ona będzie mniejsza, tem wcześniej wystąpią pierwsze objawy (cukrzyca u dzieci) i tem szybsze będzie wyczerpanie tych gruczołów. Wykazano także statystycznie, że im więcej przodków rodziny chorowało na cukrzycę, tem większe prawdopodobieństwo dziedziczenia jej, tem silniejsza wrodzona skłonność i tem wcześniejszy wybuch choroby. Odsetek dziedziczenia cukrzycy wynosi przeciętnie 25% wszystkich przypadków tej choroby; przyjąwszy jednak, że ona jest tylko jednym z przejawów ogólnych zaburzeń w przemianie materji, które podobnie jak wszystkie gruczoły dokrewne zaburzenia te wywołujące — pozostają ze sobą w związku, a nawet nieraz występują równocześnie u tego samego osobnika (otyłość, skaza moczanowa i in.) to odsetek dziedziczenia podniesie się na 40—50% wszystkich chorób przemiany materji.

Ten stosunkowo znaczny wpływ dziedziczenia na powstanie cukrzycy nakłada na nas obowiązek zastosowania już u dzieci cukrzycowych pewnych środków zapobiegawczych, które nie usuną wprawdzie chorobliwej skłonności, ale z pewnością są w stanie znacznie ją złagodzić, wybuch choroby odwlec i przyczynić się do lekkiego jej przebiegu. Powinniśmy więc zgłaszającym się cukrzykom zwrócić uwagę na możliwość dziedziczenia cukrzycy u ich dzieci, którym nie należy zbytnio dogadzać słodyczami, ani też wogóle przekarmiać szczególnie, jeżeli one są dobrze odżywione lub nawet otyłe. Ponadto ponieważ praca fizyczna wymaga zwiększonego dopływu cukru do mięśni, ma więc dla trzustki znaczenie oszczędzające, należy takim dzieciom polecić odpowiednią gimnastykę i przechadzki na świeżem powietrzu; bardzo ważne w końcu jest także okresowe badanie ich moczu na cukier.

Nie zawsze jednak wywiady co do dziedzicznego obciążenia są pewne, a zresztą skłonności do cukrzycy można także nabyć. Ponieważ zaś cukromocz jest najpewniejszym wskaźnikiem zaburzeń w cukrowej przemianie materji i to zwykle jeszcze przed wystąpieniem jakichkolwiek innych objawów lub dolegliwości, należy w praktyce zawsze badać mocz nietylko jak to często się dzieje na białko, ale i na cukier zasadniczo u każdego badanego, choćby się nie skarżył na żadne przypadłości przypominające cukrzycę. Badanie takie nie jest ani trudne, ani nie zabiera dużo czasu daje się więc ambulatoryjnie zawsze łatwo przeprowadzić. Wielkie usługi mogliby pod tym względem oddać lekarze szkolni, miejscy, a przedewszystkiem Kas Chorych, którzy największą mają sposobność do takich badań w szerokich warstwach ludności, a nawet należałoby na wzór amerykański wprowadzić we wszystkich zakładach leczniczych przymus okresowego badania moczu na białko i cukier u wszystkich członków należących do takich zakładów, szczególnie zaś w przypadkach podejrzanych.

Ameryka zrobiła pod tym względem w ostatnich latach wielkie postępy, gdyż nietylko wybudowano tam we wszystkich większych miastach olbrzymie szpitale wyłącznie dla leczenia cukrzycy, ale otworzono także we wielu miastach prowincjonalnych odpowiednio urządzone poradnie dla chorych przychodnich, przysyłanych z podejrzeniem o cukrzycę, których poddaje się okresowemu badaniu i udziela odnośne wskazówki. Podobne urządzenia wprowadzają obecnie także w Niemczech, a nawet w małej Austrji. O ile mi wiadomo to i u nas dojrzewa plan, przynajmniej na razie w Krakowie, wprowadzenia przy Kasach chorych poradni dla chorób przemiany materji.

Tylko w ten sposób możnaby znacznie ograniczyć tak liczne jeszcze przypadki przypadkowo stwierdzonej cukrzycy u osób, które o swem cierpieniu nie wiedziały i uniknąć błędów rozpoznania i leczenia różnych chorób u osób, u których przyczyną ich dolegliwości jest nierozpoznana cukrzyca.

Na jakie przykrości i wprost udręczenia naraża się czasem chorych z powodu takich błędów, niech służą za przykład następujące 2 przyp., które miałem sposobność spostrzegać w Krynicy. Jeden z nich dotyczył 36-letniej chorej, która od kilku miesięcy cierpiała na uporczywy świąd sromu *(pruritus vulvae)*. Leczono ją bezskutecznie maściami, kąpielami, przestrzykiwaniami pochwy, promieniami Roentgena i różnemi lekarstwami uspakajającemi. Brak wszelkiej poprawy i tygodnie trwająca bezsenność wskutek wzmagania się świądu szczególnie w porze nocnej wywołały ogólne osłabienie i silny rozstrój nerwowy. Wkońcu z polecenia neurologa przyjechała chora do Krynicy w stanie zupełnego wycieńczenia. Badanie moczu wykazało cukrzycę, która wyjaśniła przyczynę świądu i bezskuteczność dotychczasowego leczenia. Zastosowanie odpowiedniego żywienia z ogólnem leczeniem zdrojowo-kąpielowem uwolniło chorą już po dziesięciu dniach od dokuczliwego świądu, z powodu którego tak bardzo cierpiała przez miesiące.

Drugi przypadek dotyczył 55-letniego mężczyzny, którego od pięciu miesięcy leczono bezskutecznie z powodu uporczywej rwy kulszowej *(ischias)* różnemi lekarstwami, zastrzykami, nagrzewaniami i kąpielami. Moczu nie badano. Chory przyjechał do Krynicy ponieważ mu jeszcze polecono kąpiele borowinowe. Zaraz pierwsze badanie moczu wykazało cukrzycę, a zarazem prawdopodobną przyczynę cierpienia. Odpowiednie leczenie dietetyczne i zdrojowo-kąpielowe potwierdziło moje przypuszczenie, gdyż chory mógł już po dwóch tygodniach chodzić bez oparcia, bóle ustały.

Przy obecnym stanie nauki o cukrzycy należy zaniedbanie badania moczu w podobnych jak wyżej przypadkach ocenić wprost jako błąd w sztuce lekarskiej. Sądzę zresztą, że niema chyba lekarza, któryby badając mocz na białko i cukier zasadniczo u każdego chorego nie stwierdził czasem cukromoczu lub nawet cukrzycy, o której chory nie wiedział, ponieważ nie sprawiała mu na razie żadnej dolegliwości.

Częstym czynnikiem powodującym zaniedbanie cukrzycy z powodu jej nierozpoznania w początkowym okresie jest ujemny wynik jednorazowego badania moczu, lub lekceważenie cukromoczu występującego tylko przejściowo. Dlatego też w przypadkach podejrzanych należy badania te okresowo powtarzać, a nadto zbadać także krew na zawartość cukru i możliwie przeprowadzić inne jeszcze sposoby badania, jak obciążenie przemiany materji dekstrozą, lub, co jest miarodajniejsze, potrawami mącznemi.

Zawartość cukru we krwi ludzi zdrowych wynosi 0·07 — 0·1%. Jeżeli jednak naraz wprowadzimy do ustroju tak duże ilości węglowodanów, szczególnie w postaci łatwo wchłanianego cukru gronowego (100—150 g), że ani wątroba przeładowana glykogenem nie może ich więcej przyjąć, ani też nadążyć w ich rozpadzie, ani mięśnie i inne tkanki nie są w stanie ich zużyć, wówczas nadmiar cukru gromadzi się we krwi *(hyperglykaemia)*, który po pół godzinie dochodzi do szczytu, a po półtorej do dwóch godzin zwykle zupełnie ustępuje. Równocześnie może ten nadmiar cukru we krwi przejść do moczu utrzymując się w nim również tylko krótki czas *(glykosuria alimentaria e saccharo)*. Przy nadmiernem obciążeniu mąką, która przechodząc w jelitach zawiłe przemiany o wiele powolniej się wchłania, może wprawdzie także przyjść do krótkotrwałego nagromadzenia nadmiaru cukru we krwi, ale nigdy w takim stopniu, aby on przeszedł do moczu. Granica przyswajalności dla potraw mącznych jest u ludzi zdrowych zwykle nieograniczona, tak, że *„glykosuria alimentaria ex amylo"* u nich prawie że nie istnieje. Z tego wynika, że próba obciążenia mąką jest miarodajniejsza, jeżeli bowiem przy niej wystąpi cukromocz, to z pewnością dotyczy osobnika ze skłonnością do cukrzycy, podczas gdy przy obciążeniu cukrem gronowym cukromocz może być objawem fizjologicznym, o ile okazuje typ wyżej opisany. Dłużej jednak utrzymująca się *„hyperglykaemia"* i *„glykosuria"* i silniejsze ich nasilenie i tu przemawiają za skłonnością do cukrzycy.

Z tego powodu byłoby lekkomyślnością każdy przypadek cukromoczu pojawiającego się czasem po nadmiernym spożyciu słodyczy bez dalszych badań uznać jako objaw bez znaczenia. Przecież we wszystkich chorobach polegających na przewlocznem schorzeniu narządów mogą wystąpić złagodzenia i zaostrzenia objawów z długiemi nieraz okresami wolnemi a cukrzyca jest także tylko cierpieniem przewlocznem spowodowanem organicznem lub czynnościowem schorzeniem trzustki. W takich więc chorobach nigdy nie może być miarodajny stan chwilowy, lecz tylko dłuższe spostrzeganie dalszego ich przebiegu.

Cukromocz może wystąpić także u osób nerwowych wskutek nagłego lub silnego podrażnienia układu nerwów roślinnych i ich ośrodków np. po wstrząśnieniach mózgu, wstrząsach psychicznych, nerwicach urazowych, jakoteż w przebiegu różnych chorób układu nerwowego i to najczęściej jako objaw krótkotrwały. Statystyki wojenne również nie wykazały aby wśród tylu miljonów ludzi biorących bezpośredni udział w działaniach wojennych, świeża cukrzyca występowała częściej, mimo licznych przypadków cukromoczu stwierdzonego po różnych wstrząsach nerwowych, a także zranieniach czaszki lub złamaniach kości.

W praktyce natomiast słyszymy często o cukrzycy jako chorobie nerwów. Określenie to nie jest ścisłe, gdyż cukrzyca „neurogenetyczna" jako taka nie istnieje, jest tylko cukromocz „neurogenetyczny". O ile on jednak wystąpi u osób z wrodzoną lub

nabytą skłonnością do cukrzycy może czynnik neurogenetyczny wśród pewnych okoliczności przyczynić się do jej wybuchu. Noorden stara się związek ten wytłumaczyć w ten sposób, że czynnik neurogenetyczny podrażniając drogą ośrodkowego układu nerwowego, układu nerwów współczulnych, jakoteż układu chromochłonnego, wątrobę, wywołuje w niej wzmożone wytwarzanie glykogenu. Dla przytłumienia tej sprawy musi także trzustka nadmiernie pracować, aby dostarczyć potrzebną ilość zwalniającego hormonu, wskutek czego tak się wyczerpuje, że przy często po sobie następujących lub dłużej trwających urazach nerwowych u osób z mniej wartościową i mało wytrzymałą trzustką przychodzi w końcu do jej niedomogi z następową cukrzycą. Tu więc także tylko dłuższe spostrzeganie chorego w połączeniu z powyżej omawianemi metodami badania mogą wyjaśnić czy chodzi o przejściowy cukromocz nerwowego pochodzenia, czy też o wczesny okres cukrzycy utajonej. Bez takich badań nie wolno nam dla wygody czy też uspokojenia chorego wytłumaczyć cukromoczu stwierdzonego w związku z jakąś chorobą układu nerwowego, jako objaw nerwowy i leczyć bez żadnych zastrzeżeń tylko nerwy, tembardziej, że nie możemy także wykluczyć możliwości powstania obu chorób niezależnie od siebie u tego samego osobnika.

Przykład z praktyki: 48-letni miernie odżywiony mężczyzna skarży się na ogólne osłabienie, szybkie znużenie, bezsenność, suchość w jamie ustnej i inne objawy przemawiające za cukrzycą, co też badanie moczu stwierdziło (około 2%). Przyswajalność węglowodanów znikoma.

Chory opowiada, że przed półtora laty włamali się do jego mieszkania w nocy złodzieje. Nagły przestrach wywołał silny rozstrój nerwowy, z powodu którego lekarz polecił mu wyjazd do letniska i wodoleczenie. Przed wyjazdem ubezpieczył się chory od włamania i ulegając namowom, aby się także ubezpieczył na życie zmuszony był poddać się badaniu lekarskiemu, przyczem „przypadkowo" stwierdzono cukromocz. Chory doniósł o tem po kilku dniach swojemu lekarzowi, który jednak cukru w moczu nie stwierdził i wytłumaczył choremu, że to był objaw chwilowy bez znaczenia, pozostający w związku z nagłym przestrachem po włamaniu. Niespełna półtora roku po tem, przez któryto czas chory nie ograniczał się w pożywieniu pod żadnym względem, wystąpiły u niego wyżej opisane przypadłości zupełnie rozwiniętej cukrzycy, a odnosząc je znowu do nerwów przyjechał do Krynicy. Musimy przyjąć, że stwierdzony przed półtora laty cukromocz nie był bez znaczenia, a stanowcze uspokojenie chorego bez dalszego badania lub wskazówek miało dla niego złowrogi skutek.

Inną postacią cukromoczu nie pozostającego w związku z wadliwą przemianą materji jest cukromocz nerkowy. Występuje on zwykle u osób młodych, wątłych często nerwowych i polega na wzmożonej przepuszczalności nerek dla cukru, przy prawidłowej jego zawartości we krwi. Ilość cukru wydzielanego moczem nie jest ani stała, ani wielka i nietylko nie okazuje żadnej zależności od ilości spożywanych węglowodanów, ale może, choć nie musi, wystąpić także przy zupełnem wstrzymaniu ich spożycia. Po obciążeniu cukrem gronowym wzmaga się jego zawartość we krwi jak u zdrowych tylko przejściowo, utrzymując się jednak nadal w moczu. Umyślnie podaję w krótkości te cechy charakterystyczne, ponieważ rozpoznanie różniczkowe jest tu bardzo ważne; podczas gdy bowiem rokowanie w cukrzycy nerkowej jest dobre także bez leczenia, to o ile chodzi o wczesny okres cukrzycy prawdziwej mogłoby bierne zachowanie z naszej strony spowodować jej zaniedbanie.

Cukromocz przy prawidłowej ilości cukru we krwi może nadto przejściowo wystąpić u ciężarnych. Przyczyna jego nie jest wyjaśniona. Jedni przyjmują, jak przy cukromoczu nerkowym szczególną wrażliwość i przepuszczalność nerek dla cukru, nie przypisując mu większego znaczenia. Inni natomiast przypuszczają, że jest on więcej pochodzenia wkrewnego i polega na zmniejszonej wytrzymałości trzustki i następowem przejściowem zaburzeniu w przemianie materji. Za tą teorją przemawia ta okoliczność, że w przebiegu cukromoczu ciężarnych spotykamy równocześnie nadzwyczajną skłonność do acetonurji, która jest tak wielka, że niektórzy uważają ją nawet jako ważny czynnik rozpoznawczy wczesnej, także pozamacicznej ciąży. Ta skłonność do acetonurji ma zarazem ważne znaczenie dla rozpoznania różniczkowego; podczas gdy bowiem w początkowym okresie prawdziwej lekkiej cukrzycy *(normoglykaemia)* acetonurja jest objawem bardzo rzadkim, to przy cukromoczu ciężarnych występuje on bardzo wyraźnie już po miernem ograniczeniu spożywania węglowodanów. Noorden jest jak zwykle bardziej sceptyczny i sądzi, że cukromocz ciężarnych jest prawie zawsze następstwem wrodzonego osłabienia trzustki i uważa go jako objaw bardzo lekkiej cukrzycy *(diabetes laevissimus)*, którego nie wolno w żadnym przypadku lekceważyć. Jakkolwiek jest, należy mocz i krew takich kobiet badać okresowo długi jeszcze czas po porodzie celem uniknięcia błędnego rozpoznania.

Zaburzenia w cukrowej przemianie materji, drogą ośrodkowego układu nerwowego, czy też bezpośrednio, powstają czasem także w przebiegu chorób zakaźnych, szczególnie jeżeli są połączone z wysoką gorączką, która już sama przez się może wywołać hiperglikemję, choć najczęściej bez cukromoczu. Ten ostatni występuje zwykle dopiero w następstwie uszkodzenia trzustki jadami i znika najczęściej z ukończeniem samej choroby zakaźnej. Zdarza się jednak, że utrzymuje się jeszcze pewien czas potem (jak np. białkomocz po płonicy), a nawet pozostaje jako objaw stały cukrzycy prawdziwej jużto powstałej z powodu znacznych zmian w wyniku działania jadów na wysepki Langerhansa, jużto wywołanej u osób z wrodzoną skłonnością do tej choroby. To też mocz uzdrowieńców po chorobach zakaźnych należy okresowo przez długi czas badać nietylko na białko, ale zasadniczo zawsze także na cukier. Ponadto nie dobrze jest takich uzdrowieńców zbytnio przekarmiać, tem mniej zaś słodyczami, gdyż nadmierne obciążenie cukrowej przemiany materji może jeszcze bardziej zmniejszyć wytrzymałość i tak już jadami osłabionej trzustki i wywołać stałą jej niedomogę.

Często stosunkowo występuje cukromocz jeszcze u otyłych, u których wczesne stwierdzenie tego objawu ma bardzo ważne znaczenie zapobiegawcze dla możliwego powstania cukrzycy. Pytanie, czy otyłość jako taka może być jej bezpośrednią przyczyną, czy też tylko przyczynia się do jej szybszego wybuchu u osób ze skłonnością do cukrzycy, jest nierozstrzygnięte. Joslin przypuszcza, że nadmierne obciążenie narządów, w których odbywa się przyswajanie, pokarmami wywołującemi otyłość może do tego stopnia wyczerpać nawet zupełnie zdrową trzustkę, że w następstwie powstałej niedomogi hormonalnej przychodzi w końcu do cukrzycy. Inni natomiast sądzą, że ona występuje tylko u tych otyłych, u których osłabienie gruczołów Langerhansa jest wrodzone i dlatego wskutek nadmiernego zapotrzebowania hormonu tem szybciej się zużywają. Zdarzają się naturalnie przypadki mieszane, gdzie wadliwa przemiana materji na tle niedomogi wielogruczołowej, szczególnie tarczycy, przysadki mózgowej, trzustki i gruczołów płciowych wywołuje równocześnie u tego samego osobnika otyłość i cukrzycę. Niektórzy znowu przyjmują, że niedomoga hormonalna trzustki powstać może u otyłych z powodu wrastania tkanki tłuszczowej do miąższu trzustki *(diabetes lipogenes)* lub wskutek złego jej odżywiania wywołanego zmianami naczyniowemi, które właśnie u otyłych nieraz już bardzo wcześnie występują. Jakkolwiek jest, to widząc między otyłymi tylu cukrzycowych (30—40%) i uwzględniwszy dobre wyniki lecznicze po zastosowaniu u nich żywienia odtłuszczającego musimy przyjąć, że między otyłością a cukrzycą zachodzi jakiś związek przyczynowy, którego nie wolno nam lekceważyć. Z tego powodu należy wogóle u wszystkich otyłych badać mocz na cukier przy każdej nadarzającej się sposobności, a gdzie to możliwe nawet okresowo, jakoteż polecić im odpowiednie żywienie, a u otyłych pochodzących z rodzin cukrzycowych już wcześnie ograniczyć spożywanie cukru i innych węglowodanów.

Ze względu na rozpoznanie różniczkowe wspomnę jeszcze, że cukromocz może także wystąpić w przebiegu schorzeń niektórych gruczołów dokrewnych. Tu należą przedewszystkiem zmiany tej części trzustki, w której mieszczą się wysepki Langerhansa, jak marskość, nowotwory, kamica, krwawienia i i.; następnie schorzenia tarczycy wywołujące nadmierną jej czynność, a więc choroba Basedowa i inne hipertyreozy, w przebiegu których zwiększona zawartość cukru we krwi i cukromocz utrzymują się jednak zwykle w miernych granicach, nie okazując większej zależności od spożywanych węglowodanów.

Znaczniejsze zaburzenia w cukrowej przemianie materji występują jeszcze przy schorzeniach przysadki mózgowej jak to szczególnie spostrzegamy w akromegalji, w której 35—40% przypadków wykazuje hiperglikemję i cukromocz.

Powyżej podałem najważniejsze postacie cukromoczu i widzimy jak różne mogą być jego przyczyny. Tembardziej więc należy w każdym przypadku przekonać się, czy on jest tylko objawem bez większego znaczenia, czy też następstwem ważniejszych zaburzeń toczących się w ustroju. Rozporządzając obecnie tak dokładnemi sposobami badania, nie wolno nam bez ich przeprowadzenia w żadnym przypadku choćby raz stwierdzonego cukromoczu przejść nad nim do porządku dziennego; lekceważenie takie zbyt często prowadzi do zaniedbania cukrzycy w jej początkowym okresie, którego leczenie jest zresztą łatwiejsze do przeprowadzenia, aniżeli kłopotliwe i zawiłe żywienie przepisywane cukrzycowym w późniejszych okresach choroby. Tylko przez ściśle przestrzeganie powyżej omówionych zasad postępowania, będziemy też w stanie opanować tak bardzo w ostatnich latach

rozpowszechnioną chorobę, która pod względem częstości występowania dorównuje już niemal gruźlicy.

Najtrafniej określili rozpoznawcze i lecznicze znaczenie wczesnego okresu cukrzycy dwaj potentaci naukowi w tej dziedzinie Noorden i Joslin, pierwszy mówiąc, że jest to okres w którym pod względem rokowania wszystko jeszcze można wygrać, ale też wszystko przegać, drugi zaś twierdząc, że przy dzisiejszym stanie nauki o cukrzycy żaden człowiek nie powinien więcej umrzeć z powodu jej powikłań, jeżeli tylko od początku choroby będzie właściwie leczony i okaże pod tym względem wytrzymałość.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. L. ACHMATOWICZ. Wilno.

Przypadek krwotocznego zapalenia jelit i otrzewnej w przebiegu plamicy krwotocznej.

Z oddziału chir. Szp. Św. Jakóba w Wilnie.
Ordynator: Dr. Achmatowicz.

Rzadko obserwowaną postacią plamicy o podłożu zakaźnem jest jej forma brzuszna, opisana przez Henocha. Wyjątkowo rzadko spostrzegano dotychczas zmiany anatomo-patologiczne w zajętych przy tej formie plamicy odcinkach jelit lub otrzewnej.

W literaturze Behrend podaje swe spostrzeżenia krwawień na dużym odcinku jelita krętego, które powodowały zgrubienia ściany jelita, zwężające jego światło.

Opisywano są również wypadki wgłobienia jelit przeważnie w przebiegu okrężnicy poprzecznej i lewego zgięcia. Vierhut i Tuherland tłumaczą wgłobienie tem, że zajęty sprawą chorobową odcinek jelita przez obrzmienie ściany jest porażony, przez co rozszerza się i daje powód do wejścia wyżej położonego odcinka.

Ze względu na rzadkość opisywanych zmian patologicznych w jamie otrzewnej przy postaci brzusznej plamicy pozwalam sobie podać poniżej wypadek, który miałem możność obserwować i operować.

Chory B. W. lat 16, terminator ślusarski przyjęty na oddział 20. II. 31. podaje, że przed 2 tygodniami wystąpiły u niego nagle bóle brzucha, biegunka i krwawienie z ust, jednocześnie zjawiła się wysypka na kończynach. Po tygodniowym pobycie na oddziale skórnym osutka znikła, natomiast objawy ze strony przewodu pokarmowego i krwawienia z ust utrzymywały się. Po powrocie do domu ponownie zjawiła się osutka na kończynach i wystąpiły bóle w kolanie lewem. W nocy z 19 na 20. II. r. b. wystąpiły nagle gwałtowne bóle brzucha. Chory oddał stolec wolny, ze znaczną domieszką krwi, wystąpiły nudności i wymioty, a bóle umiejscowiły się w podbrzuszu prawem. Wezwany lekarz stwierdził zapalenie wyrostka robaczkowego i skierował chorego do szpitala.

Anamneza rodzinna bez znaczenia. W dzieciństwie płonica. Często miewał biegunki. Odżywia się dobrze. Warunki mieszkaniowe znośne. W rodzinie wszyscy obecnie są zdrowi.

Stan obecny: ciepłota 37°, tętno 90, robi wrażenie ciężko chorego. Budowa prawidłowa, odżywienie mierne, język obłożony, podsychający, jama ustna, dziąsła i zęby bez zmian. Na wyprostnych powierzchniach kończyn górnych i dolnych oraz na pośladkach obfita osutka plamista. Plamy wielkości od ziarnka maku do orzecha laskowego o zabarwieniu miedziano czerwonem, zlewające się ze sobą, przy ucisku nie bledną. Osutka najbardziej obfita na wyprostnych powierzchniach stawów łokciowych, natomiast wyprostne powierzchnie stawów kolanowych są prawie od niej wolne. Obrzęków kończyn nie stwierdza się. Obrzęk bolesny lewego stawu kolanowego. Płuca, serce bez zmian. Brzuch równomiernie wysklepiony — przy opukiwaniu daje odgłos jawny o charakterze bębenkowym. Stłumienie wątrobowe i śledzionowe zachowane. Obmacywaniem stwierdza się wybitne napięcie powłok brzusznych, bolesność w okolicy podbrzusza prawego. W okolicy M. B. wyczuwa się opór miękki, elastyczny, o granicach niewyraźnych, podłużny, wielkości jaja gęsiego.

Powyższe objawy skłoniły mnie do zabiegu operacyjnego.

Zabieg: Maska Ombredanna, + morfina, + atropina — cięciem pararektalnem 12 cm długiem, otwarto jamę brzuszną i stwierdzono krwawy galaretowaty wolny płyn w dużej ilości. Po wydobyciu kątnicy na zewnątrz stwierdza się na kątnicy i okrężnicy wstępującej kilka drobnych pod błoną surowiczą położonych plam o zabarwieniu miedziano czerwonem, wielkości od ziarnka maku do pięciogroszówki. W tych odcinkach błona surowicza jest lekko nacieczona. Wyrostek robaczkowy kolankowo przegięty, położony w uchyłku pozakątniczym długi na 15 cm, obrzmiały, z nielicznemi plamkami pod błoną surowiczą, o zabarwieniu miedziano czerwonem, wielkości ziarnek maku.

Przy przeglądzie jamy brzusznej stwierdzono: jelito kręte, poczynając od zastawki Bauhini'ego na przestrzeni 20 cm znacznie obrzmiałe. Cała ściana jelita nacieczona, pod błoną surowiczą widoczne są rozległe wybroczyny, położone przeważnie w osi długiej jelita, miejscami przechodzące na krezkę jelitową. Dośrodkowo od powyższego odcinka ściana jelita i błona surowicza są zupełnie normalne. Na ścianie okrężnicy poprzecznej i S. R. widoczno są liczne wybroczyny krwawe wielkości półgroszówki. Ściana żołądka bez zmian. Wykonano appendektomję. Wysięk usunięto. Jamę brzuszną zaszyto na głucho. Po przecięciu wyrostka stwierdzono w jego świetle krwawo zabarwiony płyn, na błonie śluzowej kilka drobnych wybroczyn.

W przebiegu pooperacyjnym po codziennem dożylnem zastrzykiwaniu 5 cm^3 atefanylu osutka znikła, na 11-ty dzień znowu wystąpiła. Samopoczucie przez cały czas dobre, po operacji wszelkie bóle w brzuchu i biegunka ustały. Ciepłota przez cały czas normalna.

6. III. wypisuje się, lecz pozostaje nadal w obserwacji. Badanie krwi wykonano w okresie rekonwalescencji wykazało: Hb. 91%, erytrocytów 4,830.000, leukocytów 13,400 F. L. 0,9, trombocytów 360,000. Forma Schilling'a: zasadochł. 0, eozynochł. 0, obojętnochł. myel. 0, oboj. młod. 0, oboj. pałeczk. 0, obojętnochł. segm. 72, limf. 16, wielkich jednoj. 12.

W dniu 7. III. chory wraca na oddział ze skargami na rozlane bóle brzucha i krwawe biegunki, które zjawiły się po spożyciu wielkiej ilości obwarzanków zaraz po powrocie ze szpitala.

Badanie wykazało: ciepłota 36, tętno 64, ukrwienie błon śluzowych prawidłowe, powyżej opisana osutka plamista obfita na wyprostnych powierzchniach dolnych i górnych. Ze strony klatki piersiowej zmian nie stwierdzono. Brzuch równomiernie wysklepiony, na całej przestrzeni daje odgłos jawny z odcieniem bębenkowym, stłumienia wątrobowe i śledzionowe zachowane. Powłoki brzuszne zlekka napięte i bolesne w prawem podbrzuszu, a szczególnie w okolicy blizny pooperacyjnej.

Po zastosowaniu w ciągu 2-ch dni zastrzyków 10 cm^3 1% roztworu trypoflawiny osutka znacznie zmniejszyła się i chory został wypisany na własną prośbę 10. III.

Dnia 21. III. pacjent zgłosił się do ponownego badania, które wykazało: samopoczucie dobre, brak jakichkolwiek dolegliwości i objawów ze strony jamy brzusznej. Nieznaczna blada osutka na wyprostnych powierzchniach obu ramion i stawów łokciowych.

Przebieg kliniczny: badanie krwi i zmiany anatomiczne w jamie brzusznej dają nam prawo sądzić, że mieliśmy w danym wypadku do czynienia z krwotocznem zapaleniem jelit i otrzewnej w przebiegu postaci brzusznej plamicy gośćcowej.

Dr. Emil TERLECKI. Ostrzeszów.

Wyleczenie przerostów tarczycy (wola) zapomocą czystego tranu rybiego.

W powiecie Ostrzeszowskim wole stanowi zjawisko dość pospolite u kobiet. O pomoc lekarską udają się chore jednak tylko wtedy, gdy już się zaczynają ciężkie objawy: bicie serca, duszność, wielka słabość ogólna [1]). Pomoc operacyjna, jako bardzo kosztowna, jest niedostępna, leczenie jodem i tyreoidyną po przerwaniu daje nawroty.

W roku 1926 wiosną zwróciła się do mnie o pomoc córka pracownika kolejowego ze wsi Rogaszyc H. M., lat 15, z powodu olbrzymiego przerostu tarczycy, potwornie ją oszpecającego. W ciągu ostatnich dwóch lat urósł on do tego stopnia, że obwód szyi wynosił 37 cm. Operacja, jako zabieg kosztowny, nie mogła

[1]) Że cierpienie to jest na terenie powiatu endemicznem, miałem sposobność przekonania się przy zdrowotnem badaniu dziatwy szkolnej szkół powszechnych, dokonanem w maju i czerwcu 1930 roku. Na 4085 dzieci szkolnych w wieku od 7 lat do 14 włącznie, okazało się 89 przypadków wola z obwodem szyi od 28 do 36 cm. Wogóle 2,2%. W tej liczbie zarejestrowano 68 przypadków wola u dziewcząt i 21 u chłopców. Godnem jest uwagi, że rozprzestrzenienie wola na terenie powiatu jest bardzo równomierne, tak samo jak i zniekształceń krzywiczych. Tylko tych ostatnich znacznie mniejsza ilość, mianowicie 36 przypadków, czyli tylko 0,9%. Bez zwracających uwagę skupień i ognisk. Przyczyna tkwi prawdopodobnie w warunkach terenowych, klimatycznych i odżywiania ludności. Powiat ubogi (piaski); masło, jajka na wywóz do Śląska. Wiele młodzieży wyjeżdża do Niemiec na letni sezon, nie licząc tych co są we Francji, Belgji.

być uwzględniona. Leczenie jodem do jesieni nie dało wyników. Zdecydowałem się na przeprowadzenie próby z tranem, tak cudownie zmniejszającym wszelkie największe przerosty gruczołów chłonnych gruźliczych w bardzo krótkim czasie (około 4-ch tygodni), właśnie tak częstych w okolicy szyjowej, o czem już niejednokrotnie miałem sposobność wspominać w druku [2]). Zgodę łatwo się udało pozyskać i przeprowadzić leczenie. Skutek był zdumiewający. W szóstym tygodniu potworny guz uległ doszczętnemu zanikowi. Obwód szyi z 37 cm zmniejszył się do 26 cm. Piła 3 łyżki czystego tranu dziennie.

Po uływie 4½ lat w dniu 19. II. 1931 r. udało mi się otrzymać zdjęcie byłej pacjentki, jako prawie 20-letniej panny. Obwód szyi normalny = 31 cm. Załączony obecnie widok zadowalnia wszelkie wymagania zdrowotne i estetyczne. Nie mogę odżałować braku zdjęcia przed początkiem leczenia.

Od tego czasu zacząłem stosować w przeroście tarczycy wyłącznie czysty rybi tran. Najczęściej pacjentki po upływie 2—3 tygodni i uzyskaniu znacznej ulgi ciężkich objawów i zmniejszeniu wola o kilka cm. w obwodzie stanowczo przerywają kurację: „tranu już pić nie mogą", a często i nie mają za co kupować



P. H. M., 19. II. 1931 r.

Jednak pomimo wielkich trudności w uzyskaniu zdjęć przed początkiem i po zupełnem ukończeniu leczenia u jednej i tej samej osoby, udało mi się nareszcie zdobyć parę takich obrazów, zupełnie zadowalających.

Pani M. B., lat 25, żona gospodarza pow. Ostrzeszowskiego, 6. II. 1930 r. zwraca się o pomoc z powodu silnego bicia serca i duszności; ledwo weszła na piętro. Stan znacznego podniecenia, tętno 130 na min. Ogromny przerost tarczycy, obwód szyi 40 cm — zaczął się tworzyć już przed trzema laty. Poleciłem trzy łyżki tranu dziennie. Po upływie trzech tygodni pokazała się znowu. Samopoczucie bez porównania lepsze, obwód szyi zamiast 40 już tylko 37 cm. Od tego czasu znikła z widoku.

Dopiero po roku przybyła w tym celu, aby się tylko pokazać. Wesoła, zupełnie zdrowa. Ani wola, ani jakiegokolwiek z objawów choroby Basedowa niema. Zupełna poprawa nastąpiła po upływie trzech miesięcy od początku tranowej kuracji. Tranu, gdyby nawet po 4 łyżki dziennie, mogła wypić najwyżej 3 litry. Obwód szyi 31 cm. w dniu 9. II. 1931 r. Od maja zeszłego roku czuje się zupełnie zdrowa, zapomniała, jak przedtem „się dusiła", bicia serca nie ma, tętno normalne.

Że tran nawet w bardzo ciężkich i zadawnionych przypadkach choroby Basedowa wywiera nieosłabione działanie na przerost tarczycy i inne objawy, silnie wyrażone (wysadzenie oczu), dowodem są zdjęcia pani I. G. lat 56. z zawodu prof. gimnazjalny.

Od lat najmłodszych pamięta, że miała szyję „grubszą". Około r. 1917 przerost tarczycy się zwiększył bardzo, wystąpiły: bicie serca, wysadzenie oczu, stan podniecenia (ręce się trzęsły tak, że łyżki nie mogła podnieść), zupełny brak apetytu, ogólna słabość tak znaczna, że cały rok nie mogła spełniać obowiązków zawodu, przebywać zmuszona była długi czas w łóżku. Postronnej pomocy potrzebowała w przyjmowaniu posiłków, które jej podawano do ust w niewielkich ilościach co godzinę. Systematyczna kuracja długotrwała, — zużyła 60 flakonów antytyreoidyny (Moebius). Po upływie roku powoli zaczęła się brać do pracy, lecz kilka lat przeszło, zanim stan się znacznie polepszył, choć objawy choroby Basedow'a, wysoko posuniętej, nie zniknęły.

Od paru lat ostatnich kilka razy próbowała pić tran, ale dorywczo, niesystematycznie.



p. M. B. w dniu 6. II. 1930 r.
Obwód szyi 40 cm.



p. M. B. 9. II. 1931 r.
Obwód szyi 31 cm.

Od października 1930 r. tran zaczęła przyjmować systematycznie, choć także z małemi przerwami, i tylko po dwie łyżki dziennie. Obwód szyi był jeszcze 36 cm, co jako u osoby szczupłej uwydatniało się bardzo (45 kg).

W dniu 23. II. 1931 r. objętość tarczycy powrócona do normy. Obwód szyi = 31 cm. U dołu tylko przy obmacywaniu dają się stwierdzić dwa nieznaczne guzki. Wysadzenie oczu ukazuje się jeszcze czasem, ale bardzo rzadko, gdy przedtem stanowiło bardzo przykry widok. Tętno przyśpieszone pozostaje w ilości 120 na minutę. Poleciłem tran dalej.



p. J. G. 1. X. 1930.



P. J. G. 23. II. 1931.

Dokumenty, jak załączone zdjęcia, są najwymowniejszym dowodem, że w czystym rybim tranie został znaleziony niezawodny, najzupełniej bezpieczny, łatwy w zastosowaniu i tani środek, zmniejszający patologiczne, choćby, najbardziej zadawnione przerosty tarczycy.

Szybkość działania zależy od wieku wola i dawkowania tranu.

Uważam za konieczne zwrócić ogólną uwagę na okoliczność, że przykry istotnie zapach tranu ma miejsce wyłącznie w tranie starym, zwietrzałym, na świetle przechowywanym.

Świeży tran ma zapach ryby tak łagodny, że nie sprawia najmniejszej przykrości w przyjmowaniu. Stwierdziłem to osobiście.

---

[2]) Pol. Gaz. Lek. Nr. 26. 1927 r. P. G. Lek. 1929 r. Nr. 47. P. G. Lek. 1930 r. Arkusz 6 Praktyki Lekarskiej. Witamina — regulator wapnienia w konsolidacji ogniska gruźliczego, jak i w krzywicy.

Dr. Juljan HEBENSTREIT. Lwów.

Dalszy przypadek zakażenia pałeczką Banga u człowieka.

Z Oddziału Wewnętrznego I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Docent Dr. Wincenty Czernecki.

Ogłoszeniem nowego przypadku zakażenia pałeczką Banga u człowieka pragnę zwrócić szczególniejszą uwagę klinicystów na tę stosunkowo — jak na kraj rolniczy — rzadko u nas, a coraz częściej zagranicą rozpoznawaną jednostkę chorobową. Ilość przypadków ogłoszonych dotąd w naszem piśmiennictwie nie przekracza dziesięciu. Zarazkiem, wywołującym to schorzenie jest pałeczka ronienia zakaźnego *(bact. abortus infect. Bang, Brucella melitensis varietas abortus)* — tak nazwana ze względu na podobieństwo cech postaciowych, hodowlanych i serologicznych, a nawet częściowo chorobotwórczych do pałeczki gorączki maltańskiej. Przed niewielu jeszcze laty staliśmy na stanowisku, że pałeczka Banga nie ma znaczenia chorobotwórczego dla człowieka, dziś jednak choroba ta w niektórych krajach podlega już obowiązkowemu zgłoszeniu (Danja), a ilość zgłoszonych zakażeń przekracza ilość zgłoszeń duru brzusznego, lub rzekomego. Przyczynę występowania częstszego w ostatnich czasach tego schorzenia u ludzi widzi Habs we wzmożeniu się jadowitości zarazka, chorobotwórczego dotąd tylko dla zwierząt; ponadto do zakażenia człowieka koniecznem jest też zaistnienie szeregu szczególnych warunków konstytucjonalnych występujących tylko wyjątkowo.

Nie będę omawiał etjologji, patogenezy zarazka, ani przebiegu klinicznego, diagnostyki czy też terapji schorzenia, gdyż sprawy te w ostatnich czasach były dość szeroko rozstrząsane w literaturze światowej i naszej; pozwolę sobie tylko zwrócić uwagę na szereg szczegółów mniej dotąd podkreślanych.

Legeżyński zwraca słusznie uwagę na to, że jak z jednej strony ronienie zakaźne u krów wywołane zostaje nietylko przez pałeczkę Banga, tak z drugiej strony zarazek ten wywołuje ronienie nietylko u krów, lecz też u świń, owiec i t. d., a roznosicielami jest bydło, owce, i świnie, co zwłaszcza z punktu widzenia gospodarczego ma duże znaczenie. Choroba ta stała się plagą wielkich gospodarstw rolnych tak dalece, że badania w 15 oborach Małopolski Wschodniej (wykonane przez Akad. Med. Wet. we Lwowie) wykazały 49% krów zakażonych, w Dreźnie 32% mleka sprzedawanego na targach zawiera domieszkę w postaci pałeczek Banga (w 1 cm^3 mleka spotykano do 50.000 zarazków). Ilość zakażeń doszłych do skutku drogą mleka spożywanego wynosi około 20% (przedewszystkiem dzieci), bardzo znaczna zaś ilość schorzeń występuje (u lekarzy weter.) drogą zetknięcia w czasie usuwania ręką płodu i łożyska lub bezpośredniego zetknięcia się z choremi krowami. w pojedynczych przypadkach opisuje się zakażenie wskutek skaleczenia się przy szczepieniach (Frei). W ostatnich czasach uważa się zakażenia przyranne przez uszkodzoną skórę za główną drogę zakażenia (Legeżyński 1928). Badacz duński Axel Thomsen, przeprowadzając badania serologiczne u lekarzy weterynaryjnych, dojarzy, bakterjologów, rzeźników, stwierdził, że prawie każdy lekarz weterynaryjny w pierwszych miesiącach swej praktyki ulega zakażeniu pałeczką Banga, u niewielu zaś tylko występują objawy chorobowe; reszta badanych wykazuje nieraz wyniki serologiczne dodatnie bez objawów chorobowych, podczas gdy degustatorowie (oceniający jakość mleka) wykazują wyniki serologiczne ujemne. Produkty sporządzane z mleka surowego mogą też być materjałem zakaźnym (śmietana, ser biały, lody); masło stanowi wyjątek z powodu niskiego pH (poniżej 5,0), które ma uszkadzać zarazki (van der Hoeden).

Przypadek nasz dotyczy chorego A. D., lat 25 stud. med. wet., który zgłosił się do szpitala 13 grudnia ub. r. podając wywiady następujące: chorób dziecińsiwa nie pamięta. Od 16-go roku życia — zmiany łuszczycowe. Choroba obecna zaczęła się przed 10-ma dniami powoli osłabieniem ogólnem. bólami głowy i członków, oraz dreszczami. Chory mimo osłabienia uczęszczał na wykłady. Gorączki wówczas nie mierzył. W 4 dni przed przybyciem do szpitala stan chorego pogorszył się, temperatura dochodziła do 38,6° C. poty silne, apetyt upośledzony, kaszel mierny. Chory położył się do łóżka, a gdy stan się nie poprawiał, zgłosił się do szpitala.

Stan obecny chorego: (podaję tylko dane pozytywne): Stan odżywienia dobry. Waga 59 kg. Skóra i błony śluzowe od zewnątrz widzialne — blade. Migdałki nieco powiększone, zaczerwienione. Ciepłota w pasze 38,6° C. Płuca: wypuk nad szczytem lewym krótszy; przysłuchem tamże na szczycie wdechu pojedyńcze drobno-bańkowe wilgotne rzeżenia, poza tem pojedyncze świsty i furczenia. Serce: bez zmian. Tony czyste. Tętno dobrze napięte, ilość uderzeń 68/min. RR — 110/70 mm Hg. Brzuch bez zmian. Wątroba niepowiększona; śledziona pod łukiem jako opór macalna, dość twarda, niebolesna. Badanie moczu składników patologicznych nie wykazuje. Obraz chorobowy odpowiadał więc: *Influenza, Apicitis sin.*

15. XII.: Stan chorego lepszy. Temp. 37,4°, tętno 64.

Prześwietlenie klatki piersiowej: szczyt lewy gorzej powietrzny, wnęki gęste, szerokie, o starszych zmianach gruczołowych. Przepony słabo ruchome, kąty wolne.

Wobec utrzymania się ciepłoty bez zmian przedmiotowych wykonano zdjęcie rtg., szczytów płuc, które jednak, poza pojedynczemi drobnemi, słabo zaznaczającemi się ogniskami w szczycie lewym, zmian nie wykazało.

Badanie krwi: Ilość ciałek czerw. 4.240.000; ciałek białych 4.300, Hb (Sahli) 90, I = 1,06. Badanie cytolog. (Schilling): Granulocyty obojętnochłonne 53%, pałeczkow. 8%, limfocytów 33%, monocytów 5%, kwasochłon. 1%, zasadochłon. 0%. Opadanie krwinek dość niskie (10—15 mm). Odczyn WR i SG we krwi ujemny. Odczyny zlepne: Widal *(Ty abd. Paratyphus A, Paratyphus B)*, Weil-Felix — ujemne. Krew na buljonie, agarze i żółci — w. ujemny. Badanie krwi w kierunku obecności pasorzytów zimnicy — dało wynik ujemny.

25. XII.: chory podaje samoistne bóle w lewem podżebrzu. Temp. 36,6—38,2°; tętno 70. Badanie kontrolne: żółtaczkowe zabarwienie spojówek; wątroba powiększona sięga jeden palec niżej łuku, śledziona większa, twarda, tkliwa. Odczyny zlepne powtórnie ujemne. Obraz chorobowy przebiegiem swoim przypominał dur brzuszny z ujemną aglutynacją i to właśnie skierowało podejrzenie w kierunku choroby Banga (Hegler). Rozstrzygnięcie dało w tym wypadku badanie krwi na odczyn zlepny z pałeczką Banga i wiązanie dopełniacza, które to próby przeprowadzone w dniu 29 b. m. dały wynik dodatni. Aglutynacja wypadła dodatnio aż do rozc. 1:800 (1:1.600 +), a próba wiązania dopełniacza oryginalną metoda Bordet-Gengou (0,1; 0,05; 0,03 cm^3 surowicy) i Calmette-Massola we wszystkich 4-ch dawkach dopełniacza (0,15; 0,2; 0,25; 0,3, — przy ogólnej ilości wszystkich odczynników 1,25 cm^3) dała też wyniki dodatnie. (próby kontrolne wypadły ujemnie). Według Poppego miarodajnem dla rozpoznania schorzenia jest miano aglutynacyjne powyżej 1 : 100, a zahamowanie hemolizy już przez 0,1—0,05 surowicy inaktywowanej. Próby serologiczne powtórzono w dniach 2. I., i 3. II. b. r. a ich wyniki potwierdziły rozpoznanie kliniczne. Odczyn zlepny wypadł dodatnio aż do rozc. 1 : 1.600 (2. I.) i 1 : 3.200 (3. II.); próba zaś wiązania dopełniacza wyżej wspomnianemi metodami wykazała zupełne powstrzymanie hemolizy t. j. wynik dodatni (+++). Badanie hodowlane krwi wykonane met. Nowaka dało wynik ujemny [1]).

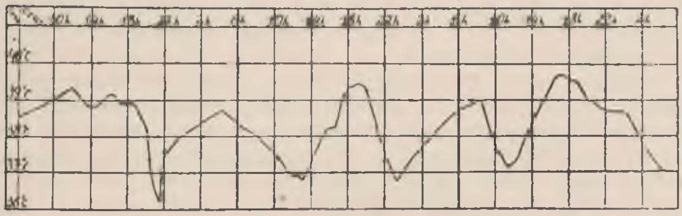
Tu pozwolę sobie zwrócić uwagę na ważność odczynu wiązania dopełniacza w diagnostyce choroby Banga: jest on odczynem swoistym, utrzymującym się lata całe. Aglutyniny dadzą się jednak we krwi wykazać daleko wcześniej niż ciała wiążące dopełniacz, może się więc zdarzyć, że próba wiązania dopełniacza wypada ujemnie przy dodatniej aglutynacji. Podkreślę również stały wzrost miana aglutynacyjnego równomiernie ze wzmaganiem się objawów chorobowych, a w szczególności stały wzrost miana aglutynacyjnego, a nieraz tylko ten wzrost pozwoli nam przy zaistnieniu objawów chorobowych na ustalenie rozpoznania u ludzi z podejrzanemi objawami

Po otrzymaniu wyników badań serologicznych uzupełniono wywiady chorego w kierunku jego zajęć zawodowych w ostatnich miesiącach i stwierdzono, że chory w lecie ub. roku odbywał praktykę wet. w czasie której usuwał łożyska krów zakażonych pałeczką Banga. Objawy zaś stwierdzane u chorego jak: dobry stan ogólny (początkowo nieznaczna utrata, potem przybytek na wadze), gorączka o typie falistym, tętno stosunkowo wolne, leukopenja ze względną limfocytozą, opadanie krwinek niskie, obrzęk śledziony i (nieznaczny) wątroby, pocenie się, samoistne bóle śledziony, bóle stawowe, brak odczynu dwuazowego Ehrlicha, brak objawów niedokrwistości wtórnej (mimo długotrwałego schorzenia), wywiady chorego, a w końcu wyniki badań serologicznych pozwoliły ustalić rozpoznanie: *morbus Bangi.* Na szczególną uwagę zasługuje jeszcze charakterystyczne zachowanie się krzywej gorączkowej, która w naszym przypadku wykazuje w ciągu dnia remisje w granicach do 3° C. (patrz tab.).

Stan chorego w czasie pobytu w szpitalu bardzo dobry, apetyt dobry; chory przybrał na wadze około 3-ch kg. Temperatura wieczorna, dochodząca w pierwszych tygodniach do 39°, obniżyła się potem do 38° i poniżej. Kilkakrotne badanie kontrolne moczu (Diazo ujemne), krwi i t. d. zmian nie wykazały. Co do leczenia w naszym przypadku — początkowo stosowano zastrzyki

[1]) Prace bakter.-serol. wykonano w Zakładzie Mikrobiologji Akad. Med. Wet. we Lwowie (Kierownik: Prof. Dr. St. Legeżyński), za co na tem miejscu Mu dziękuję.

dożylne 5 cm³ 1% fioletu gencjany + 5 cm³ 40% cukru gronowego, poczem ciepłota opadła do 38° C., zaniechano jednak stosowania dożylnego tego środka z powodu silnego odczynu miejscowego. Podawanie *per os* pigułek fioletu gencjany, a potem fioletu metylowego pozostało zupełnie bez efektu, a nawet dało dolegliwości żołądkowe pod postacią gniecenia i zaparcia stolca. Niewidoczny prawie efekt otrzymaliśmy również po stosowaniu



dożylnem 10 cm³ 1% trypaflawiny codziennie. Dnia 2. II. podano pyramidon 1,0/180,0 Aqu. dest. co 3 godziny łyżka stołowa, ciepłota spadła do normy, wnet jednak po odstawieniu tego środka nastąpił nowy wzrost temperatury do 37,2—37,4° C. Jako *ultimum remedium* podano neosalwarsan 0,15 potem 0,30 co drugi dzień — razem 6 zastrzyków, poczem ciepłota nie przekroczyła 37,2°. Na leczenie szczepionką swoistą chory nie chciał się zgodzić.

Chory czuł się bardzo dobrze i nie skarżył się na żadne dolegliwości (pocenie się i bóle śledzionowe ustąpiły zupełnie), wobec czego opuścił szpital.

Czy działaniu jakiegoś z zastosowanych środków przypisać należy spadek ciepłoty i ustąpienie objawów chorobowych, trudno orzec; niemożliwem jest bowiem w tak mało poznanej chorobie odróżnić *„post"* od *„propter"*.

Przebieg chorobowy przypadku opisanego poucza nas, że szereg schorzeń opisywanych dotąd jako *febris continua, febris typhoidea* lub *paratyphoidea* (z ujemną aglutynacją), *febris gastrica,* a specjalnie — w okresach grypy — *influenza protrahens* często okażą się chorobą Banga.

Piśmiennictwo w:

H a b s: Erg. inn. Med. 1928 (34). — S p e n g l e r: Die Bangsche Krankheit 1929. — P o p p e: Erg. Med. 14. Z. 3/4. (1930). — K o k o t e k i P o z n a ń s k i: P. G. L. 1931. (Nr. 1). — L e g e ż y ń s k i St.: Rozprawy biolog. T. VI. Z. 3—4. 1928. — A. T h o m s e n: M. for Dyrlaeger 43. 1931.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. O. 1000/31.

Warszawa, dnia 29 kwietnia 1931 r.

O k ó l n i k Nr. 70.

Państwowa pomoc lekarska, rozpoznanie choroby na kartach porady.

Do Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy i Pana Komisarza Generalnego Rz. P. w Gdańsku.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych podaje do wiadomości, że w pierwszym wierszu ustępu 5-go okólnika Ministerstwa Nr. 95 z dnia 12. VI. 1930 L. Z. O. 1993/30 po słowach „na obu odcinkach" skreśla wyrazy „rodzaj choroby", a po słowach „w odnośnych rubrykach" dodaje „tych odcinków".

Poprawiony tekst powyższego ustępu brzmi zatem następująco: „Lekarz, udzielający porady, będzie zaznaczał na obu odcinkach datę każdorazowej porady oraz w odnośnych rubrykach tych odcinków swoje uwagi, zatrzymując u siebie „odcinek dla lekarza", a pozostawiając leczącemu się „odcinek dla pracownika".

Dr. Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

A. B r a u l t: *Le glycogène dans le développement des tumeurs, des tissus normaux et des êtres organisés.* Paris. Masson et Cie. 1930. str. 368, cena 80 fr.

Na podstawie dawnych prac własnych (1885—1912) oraz odnośnego, przeważnie francuskiego piśmiennictwa, również z tego okresu, autor ujmuje syntetycznie całokształt badań morfologicznych nad glikogenem, stwierdzanym poza wątrobą, w tkankach płodu oraz w innych tkankach prawidłowych i patologicznych.

W pierwszej części swej pracy przedstawia autor kształtowanie się poglądów na istotę nowotworów, przeciwstawiając je zmianom zapalnym i to głównie swoistym zapaleniom ziarninowym. W części drugiej omawia bardzo szeroko zachowanie się glikogenu w różnych dobrotliwych i złośliwych tkankach nowotworowych. Część trzecią stanowi wykład o zawartości glikogenu w tkankach płodowych, w szczególności płodu ludzkiego. W części czwartej autor omawia badania nad glikogenem u bezkręgowych, pierwotniaków oraz u niższych roślin. Część piata obejmuje niektóre fakty z patologji: 1. Zachowanie się glikogenu w komórkach wątrobowych w marskościach pierwotnych tego narządu. 2) Znaczenie badania wątroby na zawartość glikogenu dla odróżnienia śmierci nagłej od przypadków, poprzedzonych długotrwałą agonją. 3. Badania morfologiczne nad glikogenem w nerkach w cukrzycy.

Wreszcie w ostatniej części, zawierającej rozważania ogólne, autor opierając się na obrazach histologicznych i niektórych danych z fizjologji przyjmuje, iż obecność glikogenu w tkankach płodowych i nowotworowych jest wyrazem ich wspólnej cechy, a mianowicie szczególnej żywotności biologicznej.

Książka zainteresuje przedewszystkiem biologów i histopatologów.

W. Lewiński (Lwów).

P a s t e u r V a l l e r y - R a d o t i L u c i e n R o u q u e s: *Les Phénomènes de choc dans l'urticaire.* Etude clinque et thérapeutique. (Copyright 1930 by Masson et Cie). Drukowana in 8-vo, str. 232.

Książka składa się z 2 części: ze studjum klinicznego i ze studjum leczniczego.

Na wstępie zajmują się autorzy znaczeniem anafilaksji w powstawaniu pokrzywki. Patogeneza pokrzywki stała się jasna dopiero z chwilą doniosłego odkrycia zjawiska anafilaksji i wstrząsu koloidoklazycznego w patologji ludzkiej. (W i d a l, A b r a m i i. i.). We wszystkich objawach przewrażliwości, czy to, jeśli chodzi o przewrażliwość nabytą (anafilaksję), czy to o wrodzoną (idjosynkrazję), następuje zetknięcie się wywoływacza z odpowiednim niweczmikiem; rezultatem tego zetknięcia jest wstrząs koloidoklazyczny, a w dalszym ciągu — pokrzywka. Białka zwierzęce mają większą zdolność wywoływania wstrząsu aniżeli białka roślinne. Podczas gdy u ludzi zdrowych spożycie białka zwierzęcego tylko nieznaczne wywoływa zmiany w obrazie leukocytarnym krwi, ciśnieniu tętniczem i w wskaźniku refraktometrycznym, u ludzi uczulonych zmiany są poważniejsze i dłużej trwające. W dalszym ciągu autorowie omawiają wszelkie odczyny skórne, mogące ujawnić wrażliwość osobniczą na pewne białka. Reakcje biologiczne nie wyjaśniają, czy mamy do czynienia z anafilaksją czy z idjosynkrazją.

W pokrzywce alimentarnej, będącej objawem wstrząsu w większości przypadków, chodzi o uczulenie na pewne pokarmy. Odróżnić należy od niej pokrzywkę pochodzenia trawiennego, powstającą skutkiem zakażenia żołądkowo-jelitowego, niedomogi wątrobowej, dysfunkcji gruczołów dokrewnych lub też nieprawidłowej fermentacji. Pokrzywka po lekach może być wywołana drogą jelitową, pozajelitową i przez wdechiwanie. Pokrzywki pasorzytnicze najczęściej powstają na skutek działania *echinococcus, ascarides,* rzadziej przyczyną jest *taenia, trichocephalus, ankylostoma* lub *oxyurides.* Rola wstrząsu koloidoklazycznego w pokrzywkach, powstających po ukaszeniu owadów nie jest pewna. Pokrzywki po wzruszeniu *(urticaire émotive),* po wysiłku, po działaniu zimna lub ciepła są to pokrzywki bez udziału zewnętrznego wywoływacza. Według W i d a l a są to t. zw. pokrzywki autokoloidoklazyczne w przeciwieństwie do hetero-koloidoklazycznych. Wzruszenia mogą wywoływać pokrzywkę, już to działając wprost na system wegetatywny, już to wywołując wstrząs koloidoklazyczny. Również pokrzywka po zimnie może być albo odczynem wazomotorycznym albo skutkiem wstrząsu koloidalnego. *Strophulus infantum* jest według autorów pokrewny pokrzywce trawiennej (nie alimentarnej) i nie może być uważany za przynależny do objawów wstrząsowych. Z czynników wspomagających powstawanie koloidoklazji uwzględnić należy rolę systemu nerwowego, gruczołów o wewn. wydzielaniu, równowagi kwasów i zasad we krwi, niedomogi wątroby, fermentów trawiennych jakoteż poprzedzających schorzeń miejscowych skóry.

Leczenie zewnętrzne pokrzywki jest iluzoryczne, chodzi bowiem o leczenie zasadnicze, o leczenie wstrząsu koloidoklazycznego. Ze względu na to, że anafilaksja doświadczalna nie zawsze jest identyczna z anafilaksją spontaniczną, leczenie pokrzywki drogą anafilaksji doświadczalnej częstokroć zawodzi. Leczenie pokrzywki polega albo na leczeniu zapobiegawczem wstrząsu koloidoklazycznego, albo na trwałej modyfikacji humoralnej. Leczenie

zapobiegawcze wstrząsu czyli skeptofilaksja może być specyficzna (podaje się choremu minimalną dawkę substancji uczulającej 1 godz. przed właściwym pokarmem), lub też niespecyficzna (podaje się substancję odmienną od uczulającej).

Również istnieją dwa sposoby leczenia trwałej modyfikacji humoralnej. Albo podaje się choremu dawki wzrastające właściwego wywoływacza (antygenu), albo też próbuje się t. zw. metody przeciwwstrząsu, polegającej na wywoływaniu małych wstrząsów przez podawanie ciał białkowych lub też krystaloidów. Omawiając odczulanie specyficzne zapomocą dawek wzrastających, autorowie ostrzegają przed leczeniem zapomocą zastrzyków śródskórnych a zwłaszcza podskórnych ze względu na niebezpieczeństwo wywołania nieraz gwałtownych i niebezpiecznych wstrząsów i to już nawet po użyciu dawek homeopatycznych. Część lecznicza dzieła podobnie jak i część kliniczna obfituje w cały szereg bardzo ciekawych i dokładnych opisów historyj choroby. Dla lekarza praktyka interesująca zwłaszcza jest część druga dziełka, zawierająca niezliczoną wprost ilość wskazówek i środków terapeutycznych. Licznie przytaczane historje choroby przypadków, obserwowanych i leczonych przez samych autorów, daje rękojmię, że wskazówki lecznicze, podane przez autorów są wypływem w pierwszym rzędzie własnych obserwacyj.

Książka drukowana na dobrym papierze obfituje w szereg interesujących wykresów i tabel. Nakoniec mała uwaga pod adresem wydawców: wskutek nieuwagi, 6 stronic pierwszego rozdziału jest zupełnie pozbawionych tekstu drukowanego, co tem bardziej jest przykre, ileże rozdział ten jest niejako wprowadzeniem czytelnika w zasady anafilaksji i koloidoklazji w pokrzywce.

Dr. A. Nadel (Lwów).

Dr. J u l e s J a n e t: *Diagnostic et Traitement de la Blennorrhagie chez l'homme et chez la femme.* Wydane przez Masson et Comp. Paryż. 1929, Stron 536. Cena 60 franków.

Autor ogólnie znanej metody leczenia rzeżączki t. zw. *„grand lavage"* rozczynem nadmanganianu potasu, wypowiada swoje credo o diagnostyce i leczeniu rzeżączki tak u mężczyzn jak i u kobiet, na podstawie 35 letniego doświadczenia.

Niema dzisiaj wenerologa, któryby nie uznawał zalet i niedoceniał metody Janeta. Czytając jednak w tej książce poglądy autora na inne metody lecznicze, — odnosi się wrażenie, że jednak autor jest zanadto jednostronny i nierzeczowy w krytyce.

Twierdzenie bowiem, że leczenie rzeżączki małą 10 cm^3 strzykawką zawsze prowadzi do zakażenia pęcherza moczowego i innych komplikacyj, — a leczenie metodą Janeta nigdy nie daje zapalenia przyjądrzy, gruczołu krokowego i t. d., — nie można nazwać rzeczowem. Jeśli innemu lekarzowi zdarzają się komplikacje przy metodzie Janeta, — to zdaniem autora przyczyną tego była nieumiejętna technika i t. d. Tych kilka przytoczonych zdań, charakteryzuje dostatecznie poglądy autora.

Książka podzielona na cztery główne rozdziały, zawiera w pierwszej części ogólne rozważania nad rzeżączką, o jej znaczeniu społecznem, o jej niebezpieczeństwach dla małżeństwa, rodziny i t. d. W drugiej części omawiana jest rzeżączka mężczyzn i metody leczenia. W trzecim rozdziale zajmuje się autor rzeżączką kobiet, o której wyraża się, że „jest o wiele mniej znana, a jeszcze gorzej leczona aniżeli rzeżączka mężczyzn". Czwarty rozdział traktuje o rzeżączce chronicznej u obu płci, i o nowoczesnych sposobach jej leczenia.

Kauczyński (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 18, z 3 maja 1931: K. M o n i k o w s k i: Wina owocowe w pracach Podkomisji farmaceutycznej (c. d.); — Sprawy zawodowe; — Farmaceuci w powstaniu 1863 r. (c. d.).

Przemysł chemiczny, r. 9, z maja 1931: H. B r z e z i ń s k i: Rezultaty badania konserw pieczarkowych; — I. W o w k: Badania przewodnictwa emulsyj ropnych: — I. P f a n h a u s e r: Nowe placówki przemysłowe dla inżynierów chemików.

Opieka nad dzieckiem, rok IX, r. 3, z marca 1931: Br. K r a k o w s k i: Kształcenie pracowników społecznych w dziedzinie opieki nad dziećmi i młodzieżą.

Wychowanie fizyczne, rok XII, nr. 5, z maja 1931: E. R e i c h e r ó w n a: O oddychaniu i oddziałaniu ćwiczeń cielesnych na oddychanie (dok.); — Kl. S o k a l: Walka z alkoholizmem a szkoła (dok); — W. S i k o r s k i: Młodzież szkolna a kluby sportowe; — Z. W a n d e l t - K w a ś n i c o w a: Śpiew i muzyka na usługach lekcji gimnastyki; — O. Ż a w r o c k i: Z metodyki wodnych wycieczek.

Wiadomości Kas chorych, rok II, nr. 8, z r. 1931: Dział urzędowy; — Z zagadnień organizacyjnych Kas chorych; — Doświadczenia lecznictwa kasowego; — Dział sprawozdawczy; — Ubezpieczenia społeczne zagranicą; — Opieka nad dziećmi i młodzieżą; — Statystyka; — Z życia Kas chorych.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok V, nr. 9, z 1 maja 1931: Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego; — I. D e m b i c k i: Wody mineralne ciechocińskie w świetle najnowszych badań chemicznych; — M i s c h e l: O stosowaniu kąpieli solankowych i solankowo-powietrzno-ruchowych w Truskawcu na Pomiarkach; — R. K o c h l o e f f e l: Choroby alergiczne, a Szczawnica; — H. S r o c z y ń s k i: Solanki inowrocławskie w świetle nowych analiz, Emanatorjum radowe; — K. C h m i e l e ń s k i: Morszyn — miejscem kuracji dla chorych na wątrobę i dla otyłych; — W. B e r n a c k i: Zakład przyrodoleczniczy „Miłowody"; — A. T u c h e n d l e r: Nasze rodzime przyrodolecznictwo Kosów; — M. G i r s z o w i c z: Kilka uwag w sprawie rozwoju zdrojowisk polskich.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 19, z 7 maja 1931: A. S t r a s z y ń s k i: Z zagadnień nauki o kile wrodzonej ze szczególnem uwzględnieniem kiły wrodzonej skóry i błon śluzowych (dok.); — E. W a j s i Z. G i n z b u r g: Związki inozytfosforowe; — Z. K u r l a n d s k i: Leczenie pląsawicy nirwanolem (choroba nirwanolowa) Streszcz. pogl.); — L. Z a m e n h o f: Czemu znachorstwo pomimo postępu medycyny zyskuje sobie coraz więcej zwolenników i droga walki z niem; — I. I t e l s o n: Cukrzyca wśród mas pracujących.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XX, nr. 1, z 1 maja 1931: L. K o r c z y ń s k i: Przyrodzone źródła sił i zdrowia Ziemi krakowskiej; — A. S a b a t o w s k i: Balneoterapja chorób reumatycznych.

Dziennik urzędowy Izb lekarskich, rok II, nr. 5, z 1 maja 1931: Z izb lekarskich terytorjalnych; — Informacje.

Kronika dentystyczna, rok XXVI, nr. 3—4, za marzec-kwiecień 1931: A. K o h n; Przypadek rzekomego zapalenia podżuchwowego gruczołu chłonnego.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 19, z 10 maja 1931: K. M o n i k o w s k i: Wina owocowe w pracach Podkomisji Farmaceutycznej (dok.); — A. P i o t r o w s k i: Sposób otrzymywania „Verdonu".

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. XX. Nr. 2. August 1930.

A. C. W i l l i a m s o n (Pitsburgh, Pa.).: *Astma i gorączka sienna w ciąży.*

Grupa 13 chorych na astmę obejmuje przeważnie kobiety obciążone dziedzicznie. Ani razu nie stwierdzono cierpienia tego u męża, jakkolwiek prawie każde dziecko wykazywało wypryski lub przeczulicę. Ogólnie przyjmuje się, że z obojga rodziców cierpiących na przeczulicę 72% dzieci wykazuje objawy astmy przed 10 r. ż., 58% zaś, gdy tylko jedno z rodziców jest chore. Autor nie mógł potwierdzić tego mniemania, ze względu na zbyt młody wiek badanych dzieci. Nie sądzi też, aby w ciąży ataki astmy występywały częściej lub były silniejsze. Ważną rzeczą jest unikanie podrażnienia i zaparcia stolca.

W grupie chorych na gorączkę sienną nie spostrzegano, aby napady kaszlu lub kichania powodowały przerwanie ciąży. Możliwe, że dzieje się to u ciężarnych tuż przed porodem. Chore jednak badane przez autora nie były jeszcze w tak późnym okresie ciąży, dlatego też autor sprawy tej nie rozstrzyga. W każdym razie w pierwszych trzech miesiącach istnieje zawsze obawa przerwania ciąży, co jednak nie może wykluczać właściwego leczenia, które należy przeprowadzić zupełnie tak samo, jak u osób nie będących w ciąży.

F. E. K e e n e, R. A. K i m b r o u g h (Philadelphia, Pa.): *Wyniki leczenia włókniako-mięśniaków macicy.*

Zestawienie wyników leczenia 254 przypadków włókniakomięśniaków macicy w szpitalu Uniwersyteckim w Pensylwanji za okres 2½ lat. Autorzy uznają zabieg operacyjny jakoteż naświetlanie promieniami Roentgena i radu za równie dobre, pod warunkiem oczywiście, że wybierze się leczenie odpowiednie dla każ-

dego przypadku. Pomijając te przypadki, które wogóle nie wymagają żadnego leczenia istnieje szereg przeciwwskazań do leczenia energją promieniotwórczą. Oczywiście w tych przypadkach usprawiedliwione jest leczenie operacyjne. Nie nadają się do leczenia radem: guzy większe niż macica w trzecim miesiącu ciąży, szybko rosnące, dające naglące objawy uciskowe, powikłane innemi sprawami w miednicy małej, guzy uszypułowane, wywołujące znaczną niedokrwistość. Nie należy też stosować radu w przypadkach o niepewnem rozpoznaniu, u młodych kobiet, jakoteż u osób nerwowych i bojaźliwych. Do ostatniej grupy zalicza autor pewną liczbę osób bojących się specjalnie radu.

Ogółem radem leczył autor 21,4% wszystkich chorych i dobre wyniki otrzymał w 93,7%. W tej grupie przeważnie liczba chorych (81%) liczyła 30—50 lat. Nigdy nie stosowano radu bez poprzedniego wyskrobania macicy. Jako dawkę standartową stosowano 1200 mg godz.

Promieniami Roentgena leczono 4,7% chorych. Jako nadających się szczególnie do tego leczenia uważano guzy powikłane zapaleniem przydatków macicy. Rad w tych przypadkach nie jest wskazany. Leczenie Roentgenem wskazane jest również u osób otyłych, chorych na płuca i ze zmianami w naczyniach, u których istnieje przeciwwskazanie do zabiegu operacyjnego. I tu również konieczne jest próbne wyskrobanie macicy, aby wykluczyć ciążę lub raka macicy. U 12 chorych leczonych promieniami Roentgena krwawienie ustało, guzy zmniejszyły się znacznie i w 6 do 8 miesięcy później chore wyzdrowiały zupełnie.

73 chore leczono operacyjnie. Z tych 6 operowano przez pochwę (3,3%). W tej grupie dobre wyniki otrzymano w 92,5% przypadków, śmiertelność pooperacyjna wynosiła 2,15%. Na 8 operowanych zachowawczo żadna nie zaszła w ciążę. Co się tyczy zagadnienia, czy należy wykonywać nadpochwowe, czy też zupełne wycięcie macicy, autor uważa, że występywanie raka w kikucie pooperacyjnym jest zbyt rzadkie, aby wysnuwać z tego wskazania do całkowitego wycięcia macicy w każdym przypadku włókniaków. Należy również — gdzie możliwe pozostawiać jajniki, zwłaszcza u osób młodych.

M. Truper (Philadelphia, Pa.).: *Podstawowe czynniki biochemiczne w ciąży.*

Ogólnie wiadomo, że przemiana materji kobiety ciężarnej różni się zasadniczo od przemiany materji poza ciążą. Jeśli zaś przyjmuje się, że ciąża jest procesem fizjologicznym, należy również uważać wszelkie zmiany w przemianie materji ciężarnej za fizjologiczne. Celem autora było przedstawienie podstawowych biochemicznych zaburzeń występujących w ciąży i wykazanie, że zaburzenia te przechodzące poza granice fizjologiczne, mogą stać się przyczyną poważnych powikłań. Osobno zajmuje się autor rzucawką porodową i towarzyszącemi jej zmianami w przemianie materji.

Robert F. Frank (New York, N. Y.): *postęp w nauce o narządach o wewnętrznem wydzielaniu z punktu widzenia położnictwa i ginekologji.* Treściwe zestawienie obecnej wiedzy o gruczołach dokrewnych i omówienie możności zastosowania jej dla celów rozpoznawczych i leczniczych.

H. W. Spencer (New York, N. Y.): *Próba Franka dla wykazania obecności żeńskiego hormonu płciowego.* Autorka stwierdza użyteczność tej próby na podstawie 21 opisanych przypadków.

J. W. Dunkan (Montreal, Quebec): *Postępowanie radykalne w położnictwie.*

Wywody autora można streścić następująco: Nacięcie krocza jest doskonałym zabiegiem, który wraz z założeniem niskich kleszczy najlepiej ochrania krocze i podstawę miednicy. Cięcie cesarskie nie daje 100% pewności dla płodu, o którym zamało jeszcze wiemy, jak długo przebywa on w macicy. Wyjęcie płodu w położeniu miednicowem dziś już nie przedstawia tak znacznych trudności, jak dawniej. Podobnie *„positio occipito-posterior"* nie przejmuje dziś już nikogo lękiem, jakkolwiek jest to sprawa, która wymaga głębszego namysłu i zastanowienia. Przez „postępowanie radykalne" należy rozumieć zarówno operacyjne jak i nieoperacyjne sposoby zmierzające do szybkiego ukończenia porodu w odpowiednich przypadkach. Należy jednak pamiętać o tem, że przeszło w 70% kobiety nie wykazujące zmian ani nieprawidłowości w budowie miednicy i narządu rodnego, pozostawione własnym siłom odbędą prawidłowy poród bez szkody dla siebie i dziecka. Tembardziej zatem zbyt pochopne narażanie kobiety rodzącej na operacje położnicze uważa autora za zbyt ryzykowne, tem bardziej, że oprócz uszkodzenia niekiedy nawet poważnego, ofiarą pada również płód przeciętnie w 80%, jeśli obliczymy nietylko płody urodzone nieżywo, ale również i zgony późniejsze.

J. W. Kennedy (Philadelphia, Pa): *Chirurgiczne leczenie zrostów w gruźliczem zapaleniu otrzewnej.* Opierając się na dobrych wynikach operacyjnego leczenia plastycznego zapalenia otrzewnej i zrostów na tle gruźliczem, autor wyraża przekonanie, że ten sposób leczenia znajdzie szersze niż dotąd zastosowanie.

H. Acosta-Sison (Manila, P. J.): *Przetoka pęcherzowo-brzuszna jako następstwo porodu.* Opis dwóch przypadków, zakończonych śmiercią.

H. Thoms (New Haven, Conn.): *Walter Channing i stosowanie eteru w położnictwie.* Zarys biograficzny z portretem autora, omawiający jego zasługi dla położnictwa.

B. A. Harris (Brooklyn, New York): *Gruźlica szyi macicy.* Przypadek dotyczy 31 letniej kobiety, zamężnej, przyjętej do kliniki z powodu krwawienia. Podejrzewano sprawę złośliwą. Chora skarżyła się na bóle w krzyżach i w lewem podbrzuszu, a krwawienie występywało już kilkakrotnie w ciągu ostatnich trzech miesięcy. W wywiadach podała, że przed ośmiu laty przebyła operację, mającą na celu poprawę położenia tyłozgiętej macicy, przed trzema zaś laty przebyła wyskrobanie macicy z powodu samoistnego poronienia. Ogółem była 8 razy w ciąży, 6 razy rodziła na czasie, 2 razy ciąża skończyła się poronieniem. Badanie fizykalne i rentgenowskie wykazało starą sprawę swoistą w szczytach. Poza tem bez zmian. Macica była miękka, nieco powiększona, przymacicza wolne, przydatki wrażliwe na ucisk.

Wyskrobano wnętrze macicy i szyi, a rozpoznanie histologiczne brzmiało: *„Tbc interstitialis cervicis et endometritis subacuta".*

W czasie następowej operacji brzusznej usunięto macicę wraz z przydatkami. Badanie zaś preparatu wykazało, że sprawa swoista ograniczona była wyłącznie tylko do szyi.

Chora wyzdrowiała.

H. B. Boley (Brooklyn, N. Y.). *„Purpura haemorrhagica" (Plamica krwotoczna) jako powikłanie połogowe.* Przypadek dotyczy 24-letniej pierwiastki, która do czasu porodu nie okazywała żadnych chorobliwych objawów. Poród przebiegał prawidłowo, łożysko odeszło bez większej utraty krwi. Drugiego dnia zauważono dwa podbiegnięcia krwawe na brzuchu i pod kolanem. Trzeciego dnia wystąpiło poważne krwawienie z nosa, a równocześnie odchody stały się obfite i żywo czerwone. Macica była twarda i skurczona, ciśnienie krwi 120/70. Następnego dnia wystąpiły liczne krwawo plamy na skórze i błonach śluzowych, śledziona uległa powiększeniu. Przetoczono chorej 350 cm^3 krwi. Badanie krwi wykazało: ciałek czerw. 1,650.000; ciałek białych: 23,100; płytek: 90,000; % Hb: 35. Stan ogólny pogarszał się w dalszym ciągu. Wykonano zatem wycięcie śledziony. W jamie brzusznej na otrzewnej i wszystkich narządach ślady krwawienia. Chora zniosła dobrze operację, poczem przetoczono jej znów 500 cm^3 krwi. Następnego dnia badanie krwi wykazało: ciałek czerw. 2,030,000; ciałek białych 20,000; płytek 250,000; % Hb. 33. W ciągu następnych dni stan chorej uległ poprawie, nie zauważono nowych krwawień. Szóstego dnia po operacji po raz trzeci przetoczono 400 cm^3 krwi, a siódmego dnia nagle wystąpił ból w lewym boku, utrudnienie oddechania i gorączka. Stwierdzono zapalenie opłucnej z wysiękiem. W 10 dni później chora zmarła.

Autor opisuje ten przypadek z tego powodu, że objawy plamicy wystąpiły dopiero w trzecim dniu połogu. Prawdopodobnie przyczyną choroby było zatrucie ciążowe, z długim okresem utajenia, trwającym przez czas ciąży i porodu. Gdyby nie powikłanie opłucnowe, chora mogła być uratowana.

J. H. Moore. (Grand Forks, N. D.): *Niedokrwistość w ciąży.* (Zestawienie wyników badania 300 przypadków). Przeciętnie odsetek hemoglobiny wynosił 79, ilość czerwonych ciałek 4,342.610. Jest to bez kwestji mniej, aniżeli spotyka się przeciętnie u kobiet nieciężarnych. Najniższe cyfry wykazywały chore na nerki, chore syfilityczne miały natomiast mniej ciałek czerwonych. Nie stwierdzono żadnej różnicy między pierwiastkami a wieloródkami.

Max D. Mayer (New York): *Przyrząd do wprowadzenia i wyjmowania „pessarium".* (z 6 rycinami).

Dr. K. Wiślański (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół z posiedzenia administracyjnego z dnia 14. I. 1931.

Przewodniczący: Prof. Dr. Latkowski.

Protokół z ostatniego posiedzenia administracyjnego z dnia 17. XII. 1930. odczytano.

Kol. Prezes zabiera głos w sprawie protokołu Zebrania Administracyjnego stwierdzając, że poprawka Zarządu Towarzystwa Lekarskiego wniesiona na posiedzeniu wyborczem w dniu

17. XII. 1930, proponująca pewne zmiany w § 4 p. a. ustawy Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego ze względów formalnych jest niedopuszczalną, gdyż przeciwna jest §§ 33 i 36 ustawy Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji i jako taka musiała być anulowaną.

Kol. Prezes poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. kolegom Prof. Maydelowi, Dłuskiemu i Recowi — długoletnim członkom Towarzystwa, których pamięć obecni uczcili przez powstanie.

Kol. Prezes zaprasza nowy Zarząd, — przewodnictwo obejmuje Prezes Prof. Walter dziękując kolegom i komisji matce za zaszczyt, który go spotkał i jednocześnie prosi o poparcie Towarzystwa w jego zamierzeniach podczas jego prezesury.

Kol. Prof. Gieszczykiewicz odczytał sprawozdanie doroczne sekretarza stałego; skarbnik kol. Ackermann sprawozdanie kasowe i gospodarza domu (z powodu choroby kol. Karasinskiego), bibljotekarza kol. Spira.

Kol. Piotrowski w imieniu komisji skontrującej stawia wniosek o udzielenie absolutorjum ustępującemu Zarządowi i poleca nowemu Zarządowi zwrócenie uwagi i zastanowienie się nad rozszerzeniem budynku Towarzystwa Lekarskiego przez nadbudowanie II-go piętra, zaznaczając, iż Towarzystwo posiada plany już przygotowane, a uporządkowanie wnętrza, oczyszczenie hipoteki, uporządkowanie stosunku z Magistratem m. Krakowa przez poprzedni Zarząd, wraz ze stałym dochodem wynoszącym około 7 tysięcy złotych rocznie powinny dać możność w najbliższej przyszłości zrealizowania tego zamiaru.

Kol. Prezes składa podziękowanie ustępującemu Zarządowi i uważa sobie za zaszczyt, że może w imieniu Zarządu, w myśl zapadłej uchwały, zaproponować poprzedniego Prezesa, kol. Prof. Dra Latkowskiego na członka honorowego Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, za zasługi położone dla dobra tegoż Towarzystwa.

Kol. Prof. Latkowski składa podziękowanie swym współpracownikom w poprzednim Zarządzie, komisji statutowej oraz wszystkim prelegentom, specjalnie kol. sekretarzowi Szczeklikowi za udział w przygotowywaniu posiedzeń i sporządzaniu protokołów, które z powodu braku autoreferatów musiał sam przygotowywać; wspomina o swych poprzednikach, którzy pozostali dla niego niedościgłym wzorem, o przywiązaniu do Towarzystwa jak również o miłości i pietyźmie, które starał się zaszczepić u wszystkich kolegów członków.

Kol. Prof. Szumowski zapytuje o zmiany w centralnej Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej we Lwowie, o kompetencje poszczególnych lokalnych komitetów i stosunek ich wzajemny; zwraca również uwagę na pewne błędy, które zakradły się w dziale sprawozdawczym w zakresie jego specjalności, zgłasza więc z tego powodu protest i prosi o zaprotokołowanie, ażeby do recenzji nadsyłano książki do poszczególnych katedr.

Kol. Prezes oddaje pod głosowanie wniosek o udzielenie absolutorjum ustępującemu Zarządowi, który przyjęto jednogłośnie, na czem zamyka posiedzenie.

Sekretarz: *St. Roman.*

Częstochowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z dn. 14. VI. 1930 r.
Przewodniczy: prezes kol. Rożkowski.

I. Koledzy Szaniawski i Trenkenberg pokazali i omówili 2 przypadki choroby Heine-Medina u dzieci w wieku 2 lat.

W przypadku pierwszym u chłopca 2-letniego przed 6 tyg. rozwinął się stopniowo niedowład obu kończyn dolnych. Ze strony nerwów czaszkowych i kończyn górnych zmian nie stwierdzono. Odruchów brzusznych niema. Ruchy kończyn dolnych bardzo ograniczone, stopy opadnięte, napięcie mięśni obniżone, brak odruchów kolanowych i Achillesa. Brak odruchów patologicznych i zmian czuciowych. Mocz i stolce prawidłowe. Częściowa reakcja zwyrodnienia w mięśniach podudzi. Kręgosłup i płyn mózgowo-rdzeniowy bez zmian. Odczyn Wassermanna we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. W przypadku tym. odpowiadającym porażeniu dziecięcemu uderza powolny rozwój choroby, bardzo rzadko występujący w chorobie Heine-Medina.

W przypadku drugim dziewczynka 2-letnia przed tygodniem miała bóle głowy, dreszcze, gorączkę i senność. W 3-im dniu choroby zauważono, że dziecko przekrzywia twarz w stronę prawą, oraz, że źle włada kończynami prawemi. Badanie wykazuje porażenie *n. facialis* po stronie lewej o charakterze obwodowym oraz niedowład połowiczy prawostronny ze wzmożeniem odruchów kolanowego i Achillesa. Na kończynie górnej prawej najbardziej są upośledzone ruchy w stawie barkowym. Brak odruchu z *m. tricipitis.* Zmian czuciowych brak. Na początku choroby były lekkie objawy oponowe. Początek nagły z gorączką i objawami oponowemi przemawia za sprawą zakaźną, *hemiplegia alternans* za ogniskiem w moście Varola — mamy więc *encephalitis pontis*, zaliczaną obecnie do choroby Heine-Medina. (Streszcz. własne).

W dyskusji: Kol. Batawja zwraca uwagę, że w przypadku 2-im mamy do czynienia z zajęciem dróg piramidowych, gdy w chorobie Heine-Medina bywa zwykle tylko zajęcie komórek w rogach przednich rdzenia; uważa, że obecnie do choroby Heine-Medina zalicza się dużo przypadków niewyraźnych. Kol. St. Kon podaje, że we Francji obecnie szroko stosuje się surowicę swoistą i surowicę ozdrowieńców, a w wypadkach, gdzie sprawa cofa się powoli, dobry wynik daje Roentgen i diatermja.

Kol. Trenkenberg odpowiada, że nowsze badania wykazują, że w chorobie Heine-Medina mogą być również zajęte drogi piramidowe i przyległe obszary.

II. Kol. St. Kon omawia rzadki przypadek ciąży.

Chora zapadła na zapalenie wyrostka robaczkowego i była operowana bez wycięcia wyrostka robaczkowego. Po pewnym czasie zaszła w ciążę. W 4 mies. ciąży zwiększona macica zaczęła wypuklać się w bliźnie pooperacyjnej tak silnie, że spowodowała wreszcie nekrozę ścieńczonej blizny. W 8 mies. ciąży dokonano z tego powodu cięcia cesarskiego i usunięto jednocześnie zwiotczałą i znekrotyzowaną bliznę. Wynik zabiegu był pomyślny. Chora ta jednak zmarła po 3 miesiącach wskutek ponownego zapalenia wyrostka robaczkowego.

III. Kol. Szaniawski podaje do wiadomości, że w Sanatorjum dziecięcem w Górce na 200 łóżek 50 miejsc pozostaje wolnych. Zwraca się do kolegów z apelem, żeby popierali to tak potrzebne u nas sanatorjum, gdzie, obok stosowania najnowszych zdobyczy wiedzy lekarskiej, udzielana jest systematycznie nauka w zakresie 7-miu klas szkoły powszechnej i prowadzone jest wzorowe przedszkole. Ceny w Sanatorjum są względnie niskie: 8 zł dziennie dla akcjonarjuszów, 10 zł dla osób prywatnych.

IV. Kol. Abusz z Radomska wygłosił odczyt: „o sposobie wczesnego rozpoznawania ciąży na podstawie badania moczu ciężarnej według metody Zondek-Asheima".

Wczesne rozpoznanie ciąży należy do ważnych zadań lekarza praktyka. Dotychczasowe metody kliniczne często zawodzą i są niedokładne. Metoda Zondek-Asheima daje najpewniejsze wyniki i jak statystyka wykazała, zawodzi najwyżej w 2%.

Metoda ta polega na wykrywaniu w moczu ciężarnej kobiety hormonu z płatu przedniego przysadki mózgowej, który już w pierwszych dniach ciąży wydziela się z moczem w nadmiernej ilości.

Wstrzykując taki mocz podskórnie myszce płciowo niedojrzałej kilkakrotnie przez kilka dni spostrzegamy zmiany w narządzie płciowym tej myszki: macica staje się nieproporcjonalnie wielką w stosunku do niedojrzałego organizmu, jajniki dojrzewają, stwierdzamy na nich wybroczyny krwawe, widoczne gołem okiem i *corpora lutea.*

Technika wykonania: Wybieramy 5 myszek samiczek 3—4 tygodniowych płciowo niedojrzałych, wagi 6—8 g. Mocz (najlepiej ranny) wstrzykujemy podskórnie wszystkim 5-ciu myszkom przez 3 dni (w I dniu $2 \times 0{,}3$ g, w II dniu $3 \times 0{,}3$ g i w III dniu $1 \times 0{,}3$ g). W 6-ym dniu zabijamy myszki i po otwarciu jamy brzusznej szukamy w jajnikach wybroczyn i ciałka żółtego. (Streszczenie własne).

Odczyt był uzupełniony pokazem preparatów makro- i mikroskopowych ze zmianami w jajnikach myszy.

W dyskusji: Kol. Kahl uważa metodę Zondek-Asheima za zbyt długą (5 dni) i wymagającą całego szeregu drobiazgowych i żmudnych zabiegów; opisuje metody diagnostyczne mniej złożone: 1) Odczyn Pall'a, polegający na wykryciu zwiększonej ilości zaczynu skrobji w moczu ciężarnych (ma być 3-krotnie więcej). 2) Odczyn białej smugi i inne. Kol. St. Kon uważa natomiast metodę Zondek-Asheima za bardzo praktyczną, gdyż zmiany w jajnikach dostrzegalne są gołem okiem i podaje że ś. p. prof. Rosner uważał ten odczyn za jedną z lepszych metod biologicznych. Kol. Kon stosował tę metodę w kilku wypadkach i z wyników jest zadowolony. Kol. Rożkowski w związku z opisaną metodą mówi o wielkich postępach w nauce o funkcji przysadki i otwierających się na tej drodze możliwościach leczniczych.

Sekretarz: *A. Borkowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Z Ogólno-państwowego Związku Kas chorych. Okólnik Ogólno-państw. Zw. K. Ch. z dnia 23 października 1929 r. L. 4412/29. Zasady kwalifikacyj lekarzy, obejmujących stanowiska w Kasach chorych. W tej sprawie odbyło się w roku 1928 szereg konferencyj w Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie w obecności: Dr. Łazarowicza — Delegata Min. Spraw Wewn. (Dep.

V. Służby Zdrowia) do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń Nacz. Wydz. Zdr. Publ., Dr. Wierzbowskiego — Inspektora lekarskiego Wydz. Zdrowia Publ. w Woj., Dr. Gruszczyńskiego — Delegata Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, Dr. Załuskiego — Delegata Związku Lek. Państwa Polskiego, Dr. Jareckiego — Delegata Zw. lek. Państwa Polskiego. — Dr. Muszyńskiego — Delegata Wydziału Zdrowia Publ. Komisarjatu Rządu na m. st. Warszawę, Drów Kluszyńskiego i Stawińskiego — Delegatów Okręgowego Zw. P. P. Kas chorych w Warszawie. P. Dagmanna — Delegata Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń w Warszawie. Rezultatem tych konferencyj było ustalenie wytycznych w sprawie przyjmowania lekarzy na stanowiska w Kasach chorych. Wytyczne te zostały zakomunikowane przez Okręgowy Urząd Ubezpieczeń w Warszawie Kasom istniejącym w tym Okręgu. Wytyczne te są następujące: 1) Kasy chorych przy obsadzeniu wakujących stanowisk lekarskich winny angażować lekarzy, którzy wykażą się conajmniej dwuletnią praktyką szpitalną. 2) Na stanowisko lekarzy specjalistów Kasy chorych powołują lekarzy, którzy poza rokiem pracy szpitalnej, przewidzianym w ustawie, mają za sobą wykazaną pracę w danej specjalności w klinice lub oddziale szpitalnym, zaświadczoną przez szefa kliniki lub oddziału, a mianowicie: czteroletnią: 1) dla chirugji (ortopedja, urologja), trzyletnią: 2) dla interny (gruźlica, choroby narządów krążenia, choroby narządów trawienia i przemiany materji, 3) dla pedjatrji, 4) dla chorób kobiecych i akuszerji, 5) dla chorób nerwowych i umysłowych. 6) dla chorób oczu, 7) dla chorób ucha, nosa, i gardła, dwuletnią 8) dla chorób skórnych i wenerologji, 9) dla fizjoterapji, elektroterapji, hydroterapji, mechanoterapji, klimatoterapji, heljoterapji, 10) stomatologji, 11) dla laboratorjum (analizy chemiczne, bakterjologja, 12) dla rentgenologji i radjologji.

Ze szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie. 1) Komisja, oceniająca prace etatowych asystentów szpitala św. Łazarza, przedstawiono dla otrzymania nagrody z funduszu ordynatorów szpitala św. Łazarza, przyznała: I-szą nagrodę w kwocie zł 800 drowi Jerzemu Zalewskiemu za pracę p. t. „Istota i wartość kliniczna odczynów serologicznych w rzeżączce. Cholesterynemja w rzeżączce". — II-gą nagrodę w kwocie 400 zł. drowi Ludwikowi Kwazebartowi za pracę „O promienicy skóry". 2) Poza wyżej wymienionemi nagrodami dla etatowych asystentów, grono ordynatorów i kierowników innych działów lekarskich szpitala w bieżącym roku budżetowym dało do dyspozycji koła dermatologów i lekarzy innych działów szpitala sumę 1660 zł, która została rozdzielona na trzy niepodlegające podziałowi nagrody za trzy najlepsze prace naukowe, napisane przez asystentów-wolontarjuszy szpitala: I-sza nagroda 700 zł. II-ga 550 zł. III-cia 410 zł. 3) W wyniku konkursu ordynatorem oddziału skórno-wenerycznego dla nieletnich został mianowany dr. med. Michałowski Bohdan, oddziału zaś skórno-wenerycznego dla przymusowo-leczonych Doc. Dr. med. Kapuściński Stanisław.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 19 maja 1931 r. o godz. 8-mej wiecz. 1) J. Mossakowski i A. Jokiel. O zachowaniu się cukru wo krwi w zależności od zabiegu operacyjnego. 2) Wl. Filiński. Sprawozdanie z podróży do zdrojowisk i uzdrowisk zagranicznych. Część II: Francja, Szwajcaria, Włochy, Austrja, Słowacja.

Komisja do spraw Studentów-Medyków. Przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich w Warszawie (Widok 23) w roku 1921 powstała Komisja do spraw Studentów-Medyków w celu niesienia pomocy młodszej Braci w postaci bezprocentowych pożyczek, udzielania preparatów mikroskopowych, książek lekarskich, narzędzi po zmarłych Kolegach. Były to najcięższe lata po Wielkiej Wojnie i nawale bolszewickiej, a pierwszą instytucją lekarską, która zainicjowała pomoc młodym adeptom medycyny było Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. Fundusz powstawał z drobnych ofiar lekarzy w Szpitalach Warsz. i poza Warszawą w różnych kołach lekarzy, jak np. we Włocławku, w Żyrardowie, w Białymstoku dzięki inicjatywie poszczególnych lekarzy, tudzież z ofiar doraźnych. Fundusz Komisji w r. sprawozdawczym 1930 wynosił 28,969 zł 42 gr. Komisja za czas swej egzystencji udzieliła 470 pożyczek 295 studentkom i studentom Uniw. Warszawskiego, niektórym po kilka razy. Zwrócone przez dłużników sumy natychmiast są udzielane innym Kolegom na posiedzeniach Komisji, odbywających się co 2 tygodnie w lokalu Stowarzyszenia Lek. (Widok 23), przy udziale delegatów Koła Medyków.

Szkoła dla służby szpitalnej. Dla zadośćuczynienia potrzebom wykształcenia niższej służby szpitalnej, Zarząd Wydziału Opieki Społecznej i Szpitalnictwa Magistratu m. st. Warszawy zdecydował opracować zasady i podstawy specjalnej szkoły dla tej służby. W omawianej szkole wykładane będą: budowa ciała ludzkiego, higjena osobista, higjena społeczna i zawodowa, pielęgniarstwo, choroby zakaźne, pierwsza pomoc w nagłych wypadkach, zasady żywienia zdrowych i chorych, regulaminy szpitalne i t. d.

Związek Uzdrowisk polskich w Warszawie zawiadamia nas, że jeden z właścicieli starego i dobrze urządzonego Zdrojowiska poszukuje wspólnika-lekarza z kapitałem wyżej 100.000 zł, któryby, w razie dojścia do skutku umowy, mógł jednocześnie objąć stanowisko naczelnego lekarza zdrojowego w tej miejscowości. Reflektanci zechcą się zgłosić do Związku Uzdrowisk Polskich w Warszawie, Świętokrzyska 17 m. 4, tel. 434-38 i 409-74, który udzieli wszelkich wyczerpujących informacyj.

Przepisywanie leków a apteki. Celem uchronienia Kolegów i ich pacjentów od nieprzyjemności i niespodzianek, wynikających z niezastosowania się do obowiązujących przepisów, przypominamy niektóre z tych, które obowiązują przy zapisywaniu recept i wydawaniu leków w aptekach. §. 3. rozp. Ministerstwa spraw wewn. z 20 maja 1929, Dz. U. Nr. 48, poz. 402 postanawia: „Lekarze i lekarze weterynaryjni mogą zapisywać środki odurzające wyłącznie dla celów leczniczych i tylko w granicach dozwolonej im praktyki. Recepty na środki odurzające powinny być zawsze pisano czytelnie, imię i nazwisko chorego, ilość środka odurzającego, oraz dokładny sposób użycia, a w receptach lekarzy weterynaryjnych ponadto imię i nazwisko właściciela chorego zwierzęcia i rodzaj tego ostatniego". Według rozp. Ministra spraw wewn. z 28 sierpnia 1930 Dz. U. Nr. 6, poz. 30, które będzie obowiązywało od 26 lipca br., należy na wszystkich receptach zamieszczać „nazwisko chorego, względnie nazwisko właściciela chorego zwierzęcia i rodzaj tego ostatniego", a nadto, w myśl tego rozporządzenia, oryginalne „recepty lekarskie, na podstawie których jakikolwiek środek zostanie w aptece wydany", zostaną w przyszłości w aptece zatrzymane. Zauważa się, że w przyszłości apteki będą musiały odmawiać wydawania leku, jeżeli odnośna recepta nie będzie odpowiadała powyższemu przepisowi. Według § 16. rozporządzenia Ministerstwa Spraw Wewn. z 30-go czerwca 1926, Dz. U. nr. 68, poz. 401, oryginalne preparaty patentowane, jak n. p. Aspiryna, Protargol, Thiocol, Dionina, Urotropina, Pyramidon, Collargol i t. p., mogą być wydawane w aptekach tylko w przypadkach, w których, obok nazwy preparatu, umieszczony jest dopisek „Origin.", albo podaną jest firma wytwórcy, albowiem tylko w takim przypadku wolno aptekarzom zaliczać i wydawać preparaty oryginalne danych fabryk, zamiast istniejących w handlu aptecznym związków chemicznych identycznego składu. Zaleca się, aby Koledzy lekarze ordynujący informowali swoich pacjentów, o ile zajdzie tego potrzeba, o powyższych przepisach, przez co uniknie się niepotrzebnych dyskusyj w aptekach.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie. We środę dnia 20 maja b. r. odbyło się o godzinie 7-mej wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4. zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: Prof. Dr. Tempka i Dr. Braun: Z własnych badań nad patogenezą niedokrwistości złośliwej oraz wpływem hepatoterapji na obraz morfologiczny szpiku kostnego (z demonstracjami preparatów mikroskopowych i tablic hematologicznych).

Komitet Organizacyjny Zjazdu Higjenistów Polskich Miast i Wsi w Gdyni. Prezes Dr. Eugenjusz Piestrzyński, Nacz. Dyrektor Dep. Sł. Zdrowia. Wiceprezes Dr. Józef Zawadzki. Sekretarz Dr. Marjan Zachert. Członkowie: Dr. Jan Adamski, Józef Beck, Dr. Henryk Le Brun, Billewicz Piotr Dr. Justyna Budzińska-Tylicka, Dr. Maurycy Jaroszyński, General Inż. Eugenjusz Kątkowski, Cz. Kossobudzki, Dr. Henryk Kucharzewski, Dr. Klemens Łazarowicz, Dr. Stefan Otolski, Dr. Konrad Orzechowski, Marceli Porowski, Inż. Zygmunt Rudolf, Dr. Władysław Tolwiński, Dr. Cezary Wichrowski, Dr. Czesław Wroczyński. Komitet Gospodarczy w Gdyni. Prezes: Bronisław Biały, Komisarz Rządu w Gdyni. Wiceprezes: Owiński, Naczelnik Wydz. Ogólnego Komisarjatu. Sekretarz: Dr. Stankiewicz, lekarz powiatowy.

Okrężna wystawa przeciwweneryczna Związku Kas chorych w Krakowie, uroczyście w sobotę, dnia 9 V. otwarta, odrazu zdobyła sobie uznanie szerokich warstw. W sobotę popołudniu i w niedzielę rano zwiedziło ją 3.761 mężczyzn, zaś w niedzielę po południu 969 kobiet, razem więc 4.730 osób. Wystawa

obejmuje kilkaset okazów, charakteryzujących najgroźniejsze choroby weneryczne oraz sposoby ich zwalczania. Dwie wspaniałe dioramy prof. Jarockiego ze Lwowa p. t. „Sport to droga do zdrowia" oraz ustawicznie wyświetlane filmy naukowe, na niepalnych taśmach Pathe-Rural — dopełniają całości.

IV Zjazd Okulistów Polskich odbędzie się w Krakowie w dniach 5, 6, 7 października 1931 r. Komitet organizacyjny zwraca się do Szanownych Panów Kolegów z uprzejmą prośbą o łaskawe wzięcie udziału w pracach Zjazdu. Tytuły referatów oraz wszelkie zapytania uprasza się kierować pod adresem Sekretarza Komitetu: Dr. Kadyi, Kraków, Klinika Okulistyczna U. J. Kopernika 38.

Lwów.

W sprawie długotrwałego zalegania z wypłatami lekarzom należytości sądowo-lekarskich Izba Lek. lw. odniosła się z odpowiedniem przedstawieniem do najwyższych czynników kompetentnych, a te zawiadomiły Izbę o wydaniu zarządzeń, przyspieszających wypłatę należytości.

Wytyczne do umów z lekarzami zostały wydane w Okólniku Nr. 24 z dnia 4. IV. 1931 przez Ogólno-państwowy Zw. Kas chorych. Opracowanie wytycznych jest wynikiem rozporządzenia Prezydenta Rzp. z dnia 29. XI. 1930 „O organizacji i funkcjonowaniu instytucyj ubezpieczeń społecznych" (Dz. U. 81, p. 635), nakładają obowiązek na Ogólno-państw. Związek Kas ch. opracowania i ogłoszenia wytycznych do umów z lekarzami, zawieranych przez okr. Związki Kas chorych, jak i przez Kasy chorych. Wytyczne zawierają wskazówki, któremi mają się posługiwać władze Kas chorych przy zawieraniu umów, a tem samem mają zapobiec daleko idącym różnicom, zarówno zasadniczym, jak i szczegółowym, oraz sporom i nieporozumieniom, które zachodziły przy zawieraniu umów zbiorowych. W ostatecznem ustaleniu tekstu wytycznych brało udział przedstawicielstwo oficjalne stanu lekarskiego — Izby Lekarskie — w kilku konferencjach uzgadniających.

Na skutek ogłoszeń w pismach lwowskich o zamierzonem powstaniu w Iwoniczu „Instytutu przyrodoleczniczego" p. O. Woynowskiego, oraz, jak brzmi ogłoszenie, sanatorjów, Izba Lek. lwowska odniosła się w tej sprawie w krótkiej drodze do Woj. Wydziału Zdrowia we Lwowie.

Rozporządzenie o zakładach leczniczych. Na podstawie rozporządzenia Prezydenta Rzp. z dnia 22. III. 1928 o zakładach leczniczych (Dz. U. Rz. P. Nr. 38, poz. 382) minister spraw wewn. w Nr. 29 Dz. U. 1931 ogłosił zarządzenie, omawiające szczegółowo uzupełniające oraz objaśniające artykuły rozporządzenia Prezydenta wraz z wzorami kart statystycznych i sprawozdań szpitalnych.

Walne Zgromadzenie Oddziału Małopolski Wschodniej Związku Lekarzy Rządowych odbyło się dnia 1. marca br. w sali obrad Izby Lek. lwow. Przewodniczący, otwierając obrady, przedstawił historję powstania Związku i potrzebę jego reorganizacji. Uchwalono przyjęcie do Związku lekarzy grodzkich m. Lwowa. Następnie Dr. Ćwikliński wygłosił odczyt w zastępstwie Dra Dolińskiego na temat: „Higjena miast i wsi". Następnie Dr. Wasung odczytał sprawozdanie Wydziału z czynności za rok 1930, Dr. Szaynowski zaś złożył sprawozdanie rachunkowe. Oddział liczy 78 członków. Skarbnik złożył też sprawozdanie z Kasy pogrzebowej. Dr. Wasung wygłosił referat: „Reorganizacja powiatowej służby zdrowia w myśl najnowszych zarządzeń i wskazówek władz". Nad referatem przeprowadzono ożywioną dyskusję. Uchwalono też referat osobno wydrukować. Następnie przeprowadzono wybory: Prezesem wybrano Dra Gawlikowskiego, zastępcą Dra Majewskiego. Do Wydziału weszli Dr. Rossowski, Szaynowski i Ćwikliński (Woj. lwowskie), Dr. Misiński, Olszański i Pietruszewski (Woj. stanisławowskie), Dr. Wasung, Wiewiórski (woj. tarnopolskie) i Dr. Opieński. Z uchwalonych wniosków należy podnieść memorjał do Min. Spraw Wewn., domagający się posiadania karty zdrowia przez osoby, zajęte w przemyśle użyteczności publicznej i zajmujące się handlem środkami spożywczemi, dalej memorjał do Min. W. R. i O. P. w sprawie zajmowania młodzieży szkolnej robotami ręcznemi i zręczności poza obowiązkowemi godzinami szkolnemi. W końcu przyjęto szereg wniosków poszczególnych członków, jak wezwanie do systematycznej dalszej pracy nad asanacją kraju, sprawę powszechnego ubezpieczenia od gruźlicy, opartego o instytucje Kas chorych, sprawę uregulowania zaległości należytości lekarskich z tytułu czynności w państw. pomocy dla funkcjonarjuszów państwowych, umożliwienie lekarzowi powiatowemu korzystania z samorządowych funduszów opieki społecznej, wreszcie w sprawie usprawnienia prowadzenia agend Kasy pogrzebowej przez Centr. Wydział Zw. L. Rząd. w Warszawie.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XV. Posiedzenie naukowe odbyło się w piątek, dnia 15. maja z następującym porządkiem dziennym: 1) Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia. 2) Kol. W. Grabowski przedstawił zdjęcia rentgenowskie kilku przypadków zwapnienia opłucnej i jednego zwapnienia osierdzia. 3) Kol. W. Ziembicki a) omówił dalsze doświadczenia z leczeniem ropni płuc odmą sztuczną oraz przedstawił zdjęcia dwu przypadków ropni płuc; b) omówił przypadek burzliwego zejścia kamicy żółciowej, w którym wystąpiło nagle zejście śmiertelne wskutek utkwienia kamienia w brodawce Vatera, zatkania przewodu trzustkowego i zropienia całej trzustki. W dyskusji przemawiali Kol. T. Ostrowski, Gąsiorowski, Węgrzynowski i Grabowski, odpowiadał Kol. Ziembicki. 4) Kol. D. Heftel wygłosił wykład p. t.: Walory zdrojowe Szczawnicy i jej wskazania lecznicze. W dyskusji przemawiał Kol. Węgrzynowski.

Towarzystwo Lekarzy Polskich b. Galicji. Walne Zgromadzenie Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji odbędzie się w niedzielę dnia 14 czerwca b. r. o godzinie 10-tej rano w Morszynie koło Stryja. Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu z poprzedniego Walnego Zgromadzenia. 2) Sprawozdanie Rady Zawiadowczej z czynności za rok 1930. 3) Sprawozdanie kasowe. 4) Sprawozdanie Komisji Szkontrującej. 5) Rozdział wsparć stałych i zapomóg. 6) Wybór członków Rady Zawiadowczej. 7) Wnioski i interpelacje. W razie braku statutem przewidzianego kompletu, odbędzie się następne Walne Zgromadzenie bez względu na ilość obecnych członków o godzinie 10.30.

Poznań.

X Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. łącznie z Tow. Internistów Polskich, Koło Poznań, odbyło się w piątek, dnia 22 maja 1931 r. o godzinie 20,15, z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządu i sprawy organizacyjne. 2. Pokazy. 3. Doc. Łabendziński: Obraz radjologiczny „zaćmionych szczytów" i jego znaczenie, na przykładzie przypadków spostrzeganych w poradni przeciwgruźliczej. 4) Dr. T. Alkiewicz: Jakie wnioski należy wyciągać z orzeczenia radjologicznego w gruźlicy płuc?

Posady do objęcia i miejscowości do osiedlenia się.

Zarząd Międzykomunalnego Związku szpitalnego w Kaliszu ma do obsadzenia dwa stanowiska lekarzy internistów i jedno stanowisko kierownika Oddziału położniczo-ginekologicznego. Interniści otrzymują uposażenie ryczałtowe w wysokości 350 zł miesięcznie, zaś kierownik Oddziału poł.-gin. 450 zł miesięcznie. Wymagana conajmniej dwuletnia praktyka w klinikach uniwersyteckich lub w większych szpitalach. Podania należy wnosić w terminie do 1 czerwca 1931 do Zarządu M. Zw. Szpit. w Kaliszu (Szpital św. Trójcy) ul. Marszałka Piłsudskiego 34.

Posadę Wojewódzkiego Inspektora lekarskiego ma do obsadzenia Lubelski Urząd wojewódzki. Uposażenie według VII względnie VI grupy płac urzędników państwowych. Kandydaci winni przedłożyć w terminie do dnia 15 maja oferty, zawierające własnoręcznie napisany życiorys, dowód ukończonych studjów medycznych i uregulowanie stosunku do służby wojskowej oraz świadectwa z praktyki zawodowej. Kandydaci, pozostający w służbie państwowej, winni wnosić podania w drodze służbowej.

Stanowisko lekarza rejonowego i kierownika rejonowej przychodni lekarskiej w Poczajowie ma do obsadzenia Wydział Powiatowy w Krzemieńcu (Wołyń). Obowiązki: zwalczanie pod kierownictwem władz państwowych i sejmikowego referatu zdrowia na terenie rejonu chorób zakaźnych, społecznych, opieka nad szkołami powszechnemi i stanem sanitarnym rejonu i prowadzenie jak art. 63 — 72. Rozp. Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 22. III. 1928 r. o zakładach leczniczych, (Dz. U. Rpl. P. Nr. 38. poz. 382) przychodni w siedzibie rejonu (Poczajów). Warunki płacy: uposażenie do wysokości VII gr. upos. jak pracowników państwowych (bez dodatku komunalnego). Dozwolona praca w Kasie chorych i praktyka lekarska. Do podań dołączyć: świadectwa kwalifikacyjne ew. dotychczasowej pracy na stanowisku samodzielnem, dowód obywatelstwa polskiego i własnoręcznie napisany życiorys, z wskazaniem dwu osób odpowiednich, któreby mogłyby udzielić referencyj o kandydacie. Posada do objęcia od 1 czerwca b. r. Podania nieuwzględnione zostaną bez odpowiedzi. Zgłoszenia kierować na ręce Przewodniczącego Wydziału do dnia 15 maja b. r.

Kobieta-lekarz potrzebna jest do majątku Krasne ks. Czartoryskich. Bliższe szczegóły w Zarządzie dóbr, Warszawa, Krakowskie Przedmieście Nr. 7, w/m.

Rentgenolog, młody lekarz, kawaler jest potrzebny do prowadzenia instytutu w mieście powiatowem. Pierwszeństwo mają kandydaci, obznajomieni z pracownią chemiczno-mikroskopową. Zgłoszenia pisemne należy adresować: Dr. Kornmehl, Jasło, ul. Kazimierza Wielkiego.

Z kraju.

Choroby zakaźne w Polsce. (Według urzędowych danych).

Nazwa chorób	Tydzień 11 od 8—14/III 1931 r.		Tydzień 12 od 15—21/III 1931 r.		Tydzień 13 od 22—28/III 1931 r.	
	zach.	zgony	zach.	zgony	zach.	zgony
Dżuma	—	—	—	—	—	—
Ospa	—	—	—	—	—	—
Cholera azjatycka	—	—	—	—	—	—
Dur brzuszny	125	21	114	12	143	15
Paradury	—	—	—	—	—	—
Dur plamisty	62	4	58	—	85	7
Dur powrotny	—	—	—	—	—	—
Czerwonka	4	—	9	1	6	—
Płonica	402	18	383	16	368	15
Błonica	270	10	264	25	277	16
Zap. op. mózg. (nagminne)	15	8	10	3	19	4
Odra	555	3	637	3	561	8
Róża	72	4	75	5	68	2
Krztusiec	125	10	88	10	122	14
Zimnica	4	—	—	—	1	—
Gorączka połogowa	37	10	42	8	24	6
Trąd	—	—	—	—	—	—
Jaglica	490	—	341	—	526	—
Wąglik	—	—	—	—	3	—
Nosacizna	—	—	—	—	—	—
Włośnica	2	—	5	—	5	—
Wścieklizna	—	—	—	—	—	2
Zatrucie mięsne	2	—	—	—	1	—
Choroba Heine Medina	1	—	—	—	—	—
Twardziel	1	—	2	—	3	—
Inne choroby zakaźne	118	11	97	13	183	7

Zjazd lekarzy powiatowych w Nowym Sączu, Krynicy i Żegiestowie. W dniu 25. maja obradował w sali Rady miejskiej Nowego Sącza Zjazd lekarzy powiatowych województwa krakowskiego, pod przewodnictwem p. wojewody Dra Kwaśniewskiego. Ministerstwo spraw wewnętrznych zastępował ministerjalny inspektor służby zdrowia Dr. Hryszkiewicz, Urząd wojewódzki lwowski inspektor lekarski Dr. Chuderski, państw. Zakład badania żywności dyr. Dr. Bier, filję państw. Zakładu higjeny w Krakowie Dr. Eisenberg. Na Zjazd przybyli również w licznej ilości pp. lekarze naczelni i przedstawiciele Zarządu Kas Chorych, wśród nich senator Dr. Bobrowski i delegat okręgowego Urzędu ubezpieczeń we Lwowie p. Buland. Tematem obrad było zwalczanie i zapobieganie chorobom społecznym, sprawa tworzenia poradni i ośrodków zdrowia, sprawa podniesienia stanu sanitarnego wsi i miast, oraz działalność w kierunku podniesienia zdrowotności ogólnej. Referaty wygłosili pp. Dr. Ber i dyr. Dr. Eisenberg z zakresu swoich specjalności. Drugi dzień Zjazdu poświęcono Krynicy i Żegiestowowi, zwiedzając tamtejsze urządzenia kąpielowe. I tu czynniki miejscowe, pod przewodnictwem dyr. inż. Nowotarskiego w Krynicy i dyr. Krukiera oraz lekarza uzdrowiskowego Dra Jaugustyna w Żegiestowie, naocznie przekonały uczestników Zjazdu, że polska balneologja idzie naprzód i śmiało może rywalizować z urządzeniami zagranicznemi.

Zjazd Higjenistów Polskich Miast i Wsi. W myśl porozumienia między Warszawskiem Tow. Higjenicznem i Samorządową Komisją zdrowia Publicznego w roku bieżącym urządzony będzie jeden wspólny zjazd Higjenistów i Działaczy Samorzadowych pod nazwą: „Zjazd Higjenistów Polskich Miast i Wsi". Zjazd odbędzie się w Gdyni w dniach 21 i 22 czerwca. Komitet Organizacyjny Zjazdu stanowią: Członkowie Zarządu Tow. Higjenicznego i Samorzadowej Komisji Zdrowia Publicznego. Tymczasowy program Zjazdu: 21. VI. godz. 10. rano: Posiedzenie Inauguracyjne. „O morzu polskiem", Prof. Michał Siedlecki (Kraków). godz. 3 p.p. Posiedzenie Sekcji Samorządowej: 1. „Nadzór nad artykułami spożywczemi", Prof. Karaffa-Korbutt, F. Kasparowicz, A. Safarewicz (Wilno). 2. „Organizacja samorządowej służby zdrowia", Dr. Dietrich (Łowicz). 3. „Przepisy budowlane z punktu widzenia potrzeb higjeny samorządowej", Dr. Kl. Łazarowicz (Warszawa). 4. „Stan sanitarny Województwa Pomorskiego", Dr. A. Krysiński (Toruń). — 22. VI. godz. 3 rano: Posiedzenie Sekcji Higjeny Portu i Miasta Portowego. 1. „Zapobieganie chorobom społecznym w miastach portowych", Prof. P. Gantkowski (Poznań). 2. „Organizacja władz sanitarnych portu i miasta portowego", Dr. J. Batko (Chrzanów). 3. „Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w portach i miastach portowych", Dr. J. Sęczyc (Warszawa). 4. „Urządzenia techniczno-sanitarne w portach i miastach portowych", Inż. Kątkowski, inż. Rudolf (Warszawa). — Godz. 3 p.p. Plenarne posiedzenie końcowe. 1. „Kąpiele morskie", Doc. A. Sabatowski (Lwów). 2. Przyjęcie uchwał Zjazdu. 3. Zamknięcie Zjazdu. Poza tem projektowane są referaty: „Zwalczanie chorób wenerycznych i nierządu w miastach portowych". Uczestnikiem Zjazdu może być każdy zajmujący się higjeną teoretycznie lub praktycznie. Udział w Zjeździe należy zgłosić do Komitetu Organizacyjnego (Warszawa, Karowa 31), przekazując jednocześnie składkę na P. K. O. Nr. za udział w Zjeździe w kwocie zł. 10(goście płacą zł. 5. Zarezerwowaniem kwater zajmuje się Komitet Gospodarczy Zjazdu w Gdyni (Starostwo Grodzkie). Ze względu na duże trudności mieszkaniowe w Gdyni, pożądane jest zamawianie mieszkań z przesłaniem zadatku jak najwcześniejsze, nie później jak do 10 czerwca. W związku ze Zjazdem urządzone będą wycieczki w celu zapoznania się z urządzeniami sanitarnemi miasta i portu i innych miejscowości znajdujących się na wybrzeżu polskiem. Prócz tego przewidywane jest urządzenie wycieczek krajoznawczych do Szwajcarji Kaszubskiej oraz dalszej wycieczki morskiej do Kopenhagi.

Ze świata.

Międzynarodowy kongres Patologji Porównawczej odbędzie się bież. roku w Paryżu, w dniach 14 do 18 października. Sekcji Medycyny Weterynaryjnej przewodniczą Profesorowie Vallée i Maignon ze Szkoły w Alfort. Spodziewany jest znaczny udział członków kongresu z Polski. Przewodnictwo miejscowych komitetów organizacyjnych: objęli w Krakowie Prof. Dr. J. Nowak, we Lwowie Prof. Dr. N. Gąsiorowski.

Zmarli.

Dr. Mieczysław Andruszewski, adjunkt Kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, zmarł dnia 17 maja b. r.

Redakcja otrzymała:

Grzywo-Dąbrowski W. „Sprawozdanie z czynności Zakładu medycyny sądowej Uniw. warsz. za rok 1930.

Grzywo-Dąbrowski W. „Polska bibljografja kryminologiczna, sądowo-lekarska i działów pokrewnych za rok 1930". Odb. z Czasopisma sądowo-lekarskiego, nr. 1, z r. 1931.

Meisels E. „Choroba Pageta i torbielowato-włókniste schorzenie kości (ostitis fibrosa cystica)". Odb. Polskiego Przeglądu radjologicznego, tom V, zeszyt 1—2, rok 1930.

Meisels E. „Rozpoznanie rentgenologiczne wczesnej ciąży". Odb. z Ginekologji polskiej, tom X, zeszyt 1—3, rok 1931.

Meisels E. i M. Schütz „Uchyłki dwunastnicy i żołądka". Odb. z Polskiego Przeglądu radjologicznego, tom V, zeszyt 3—4, r. 1930.

Meisels E. „Das Krankheitsbild der Lérischen Mélorheostose". Odb. z Röntgenpraxis. I Jahrg. Heft 15.

Meisels E. i M. Schütz „Le lobule de la veine azygos". Odb. z Archives d'électricité médicale, numer majowy 1930.

W. Reis „Prof. Dr. Emanuel Machek" (Wspomnienie pośmiertne). Odb. z Kliniki ocznej, zesz. 3 i 4 z r. 1930.

St. Kramsztyk „ O gorączce gruczołowej". Odb. z Warsz. czas. lekarskiego nr. 16 i 17 z r. 1931.

St. Kramsztyk „O wprowadzaniu przez nos przetworów tylnego płata przysadki w moczówce prostej". Odb. z Warsz. czasop. lek. nr. 16, z r. 1931.

Nutrition, tom I. nr. 2. 1931. — G. Doin et Cie, Paris.

Rappin „Etude de la vaccination de la tuberculose et de Ses différents vaccins". Odb. z Gazette médicale de Nantes du 1-er avril 1931.

Société des nations Organisation d'hygiène. Rapport sur les travaux des conférences de directeurs d'écoles d'hygiène tenues à Paris du 20 au 23 mai 1930 et à Dresde du 14 au 17 juillet 1930.

Krauthammer Néchémie Nounio, L'indoxylémie dans les néphrites". Lyon 1930.

J. W. Grott „Cukrzyca". Odb. z Informatora leczniczego m. Warszawy na r. 1931.

J. W. Grott i Z. Galinowski „Wartość praktyczna metody Prosa dla ilościowego oznaczania cukru w moczu". Odbitka z Medycyny nr. 7, z r. 1931.